

JEUDI 15 NOVEMBRE 2018

Financement de la sécurité sociale pour 2019 (*Suite*)

SOMMAIRE

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019 (Suite).....	1
<i>Rappel au Règlement</i>	1
Mme Laurence Cohen	1
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	1
ARTICLE 16	1
ARTICLE 17	2
ARTICLES ADDITIONNELS	3
ARTICLE 18	4
Mme Cathy Apourceau-Poly	4
ARTICLE 19	4
M. Bernard Jomier	4
M. Yves Daudigny	5
M. Jean-Noël Cardoux	5
M. René-Paul Savary	5
M. Gérard Dériot	5
M. Olivier Henno	5
M. Michel Amiel	5
Mme Laurence Cohen	5
M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics	6
ARTICLES ADDITIONNELS	13
<i>Nominations à une éventuelle CMP</i>	14
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	15
ARTICLE 20	15
M. Jean-Noël Cardoux	15
M. Éric Bocquet	15
ARTICLE 20 <i>BIS</i>	16
M. Philippe Mouiller	16
Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé	16
ARTICLE 20 <i>TER</i>	16
ARTICLES ADDITIONNELS	17
ARTICLE 21	18
Mme Cathy Apourceau-Poly	18
ARTICLE ADDITIONNEL	18
ARTICLE 26	18
Annexe B	19
<i>Discussion des articles de la quatrième partie</i>	22
ARTICLE 27	22
M. Bernard Jomier	22
Mme Esther Benbassa	22
M. Jean-Louis Tourenne	22

M. Philippe Mouiller	22
Mme Laurence Cohen	23
ARTICLE ADDITIONNEL	26
ARTICLE 28	27
ARTICLE 29	29
M. Bernard Jomier	29
M. Jean-Louis Tourenne	29
ARTICLES ADDITIONNELS	33
ARTICLE 29 <i>BIS</i>	39
ARTICLE 29 <i>TER</i>	40
ARTICLE 29 <i>QUATER</i>	41
ARTICLE 29 <i>QUINQUIES</i>	44
Mme Laurence Cohen	44
Mme Cathy Apourceau-Poly	44
M. Bernard Jomier	45
M. Michel Amiel	45
ARTICLE 29 <i>SEXIES</i>	46
Mme Catherine Deroche, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-maladie	46
Mme Agnès Buzyn, ministre	46
M. Michel Amiel	46
ARTICLE ADDITIONNEL	47
ARTICLE 29 <i>SEPTIES</i>	48
ARTICLE 29 <i>OCTIES</i>	49
ARTICLE 30	49
M. Jean-Louis Tourenne	49
Mme Agnès Buzyn, ministre	49
ARTICLES ADDITIONNELS	49
ARTICLE 31	52
Mme Laurence Cohen	52
ARTICLE 32	53
ARTICLE ADDITIONNEL	54
ARTICLE 32 <i>BIS</i>	55
M. Bernard Jomier	55
ARTICLES ADDITIONNELS	56
ARTICLE 33	57
Mme Laurence Cohen	57
M. Yves Daudigny	57
Mme Agnès Buzyn, ministre	57
ARTICLES ADDITIONNELS	59
ANNEXES	60
<i>Ordre du jour du vendredi 16 novembre 2018</i>	60
<i>Analyse des scrutins publics</i>	60
<i>Composition d'une éventuelle CMP</i>	61

SÉANCE du jeudi 15 novembre 2018

19^e séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENCE DE MME HÉLÈNE CONWAY-MOURET,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :
MME CATHERINE DEROCHE, M. DANIEL DUBOIS.

La séance est ouverte à 10 h 30.

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

Financement de la sécurité sociale pour 2019 (Suite)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019.

Rappel au Règlement

Mme Laurence Cohen. – Mon rappel au Règlement se fonde sur son article 36. Hier soir au sujet de l'amendement n°498 sur l'article additionnel après l'article 11, M. le rapporteur général a dit que la commission avait donné un avis défavorable, alors que cet avis était favorable. En commission, notre collègue René-Paul Savary m'avait soutenue sur cette simplification. Suite à l'intervention de Mme la ministre, j'ai retiré mon amendement mais ce détail a pu influencer notre débat. (*M. Philippe Dallier en doute.*)

Mme la présidente. – Acte vous est donné de votre rappel au Règlement.

Discussion des articles de la troisième partie (Suite)

ARTICLE 16

Mme la présidente. – Amendement n°60, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéas 1 à 17

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

I. – L'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Les organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 641-2, L. 651-1 et L. 752-4 du même code mettent en place un téléservice permettant aux

travailleurs indépendants de procéder à tout moment au calcul du montant des cotisations mentionnées au I. »

II. – Alinéas 18 à 20

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 21

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

III – Le XVII de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la date : « 30 juin 2019 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2019 » ;

2° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il examine en particulier les modifications du code général des impôts et du code de la sécurité sociale nécessaires à la détermination de modalités de calcul harmonisées et intelligibles du montant des cotisations sociales demandées au travailleur indépendant. »

IV. – Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

... – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Madame Cohen, je vous prie d'accepter mes excuses pour l'erreur d'hier soir. Il n'y avait aucune volonté de ma part de transformer en avis défavorable un amendement sur lequel la commission avait été favorable.

L'amendement n°60 simplifie le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants, le RSI ayant été supprimé l'an dernier.

L'article propose une expérimentation afin de décaler l'autoliquidation des indépendants sur le revenu de l'année. Il prévoit aussi une formule mathématique destinée à simplifier le calcul des cotisations. Le dispositif reste pourtant trop complexe car il procède par réajustement. Même avec un téléservice, la simplification n'a rien d'évident.

Nous proposons de supprimer la formule de calcul peu intelligible et guère opérationnelle.

Nous engageons le Gouvernement à une réforme du calcul de l'assiette des cotisations avec le remplacement de l'assiette nette par l'assiette brute. Est-ce une piste que vos services explorent ou avez-vous une formule magique, madame la ministre ? (*Sourires*)

Mme la présidente. – Amendement n°434 rectifié *ter*, présenté par Mme Jasmin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 17, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et à la contestation de ce calcul par le travailleur indépendant

Mme Victoire Jasmin. – Cet amendement complète les propositions du rapporteur général en permettant aux travailleurs indépendants de contester un calcul et un montant de cotisations qui semblerait selon eux erroné.

De nombreux travailleurs indépendants ont baissé les bras, voire se sont suicidés, faute de médiation et de recours. Il faut rendre le dispositif plus humain.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Avis défavorable sur la forme. La commission a adopté un amendement qui récrit les dispositions de l'article 16. Mieux vaudrait sous-amender l'amendement que nous proposons.

En outre, le téléservice n'est qu'un instrument d'aide au calcul et ne peut servir de rescrit social. Il n'a pas de valeur juridique.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. – Dans cet article, nous souhaitons fixer de manière claire les modalités du calcul des cotisations. Il ne peut y avoir aucune magie là-dedans - cela ne rassurerait guère les travailleurs indépendants -, d'où l'inscription dans la loi de la formule mathématique utilisée.

Elle deviendra ainsi explicite alors qu'elle ne peut pour l'instant qu'être déduite. Les taux de cotisation retenus dans le calcul sont ceux qui sont applicables à l'assiette nette. Nous envisageons effectivement de changer le mode de calcul en passant à l'assiette brute à moyen terme.

Monsieur le rapporteur général, votre amendement ferait perdurer une situation inintelligible pour les travailleurs indépendants. Avis défavorable à l'amendement n°60.

Avis également défavorable à l'amendement n°434 rectifié *ter*. Rien n'empêche les travailleurs indépendants d'adresser une réclamation aux services par téléphone ou par mail. Les trois quarts d'entre eux saluent la meilleure relation des agents avec les cotisants, conséquence de la réforme.

M. Jean-Noël Cardoux. – Les travailleurs indépendants dont les déclarations dévient de moins de 30 % ne s'exposent qu'à des sanctions de 5 %, mais cette mesure est très mal appliquée. Les commerçants soumis au BIC doivent rattacher leurs charges à l'année où elles sont générées ; les professions libérales peuvent opter pour le même régime, donc provisionner leurs cotisations.

La plupart des cabinets d'expertise comptable disposent de logiciels capables de déterminer les charges afférentes, de sorte qu'elles peuvent être provisionnées.

Dans notre rapport avec M. Godefroy, nous suggérons comme solution l'autoliquidation. De

nombreux professionnels et de plus en plus d'indépendants la réclament depuis longtemps.

Mme Victoire Jasmin. – Madame la ministre, vous dites que les trois-quarts des travailleurs indépendants sont satisfaits de la réforme. Cela laisse quand même 25 % de mécontents : prenez-les en compte pour que tous puissent s'épanouir !

Nous voterons l'amendement de notre rapporteur général qui met en évidence les dysfonctionnements.

L'amendement n°60 est adopté.

L'amendement n°434 rectifié ter n'a plus d'objet.

L'article 16, modifié, est adopté.

ARTICLE 17

Mme la présidente. – Amendement n°380 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Monsieur le ministre, vous avez vanté à plusieurs reprises les mérites de la société du risque au nom de la croissance. Or les risques sont toujours portés par les plus modestes et les salariés. Que se passe-t-il quand les entreprises fraudent et se rendent coupables de travail dissimulé ? Les exonérations de cotisations sociales sont annulées, dans une logique de dissuasion efficace. Voilà ce que vous nous proposez de moduler.

D'un principe dissuasif, vous faites un vulgaire calcul d'avantages au détriment de la protection des salariés et vous en profitez pour réduire une fois encore les effectifs de l'inspection du travail. D'où notre amendement de suppression.

Mme la présidente. – Amendement identique n°508, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – L'article 17 prévoit une graduation des sanctions applicables en cas de travail dissimulé. Dans un rapport de 2014, puis un autre du 7 février 2018, la Cour des comptes insiste sur la nécessaire relance des mesures dissuasives contre le travail dissimulé qui représente un manque à gagner d'au moins 6 milliards d'euros. Les sanctions devraient être plus systématiques.

Quel message le Gouvernement envoie-t-il sinon qu'il existe deux poids deux mesures dans la lutte contre les fraudes ? Les entreprises qui trichent intentionnellement doivent être punies.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'article 17 propose de mieux adapter les sanctions relatives au travail illégal à la gravité des manquements constatés, qui vont de l'esclavage moderne à la simple requalification d'une relation de sous-traitance en contrat de travail. Parfois, le fautif est de bonne foi et les agents n'ont le choix qu'entre la sanction maximale ou ne rien faire. (*M. Gérald*)

Darmanin, ministre, le confirme.) Tel est le type de situation auquel cet article entend remédier.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. – Il ne s'agit pas d'opposer ceux qui luttent contre la fraude aux autres. Le rapporteur général l'a bien dit, le Gouvernement souhaite surtout mieux sanctionner. La fraude porte en effet sur un montant compris entre 3 et 6 milliards d'euros selon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Quand les fraudes relèvent plus de l'erreur, la proportionnalité des sanctions n'est pas garantie. Le Gouvernement propose de continuer à lutter fortement contre la fraude, tout en préservant un cadre garantissant la proportionnalité des sanctions. C'est une mesure de bon sens. Avis défavorable aux deux amendements.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Le Gouvernement devrait plutôt augmenter les effectifs de l'Inspection du travail. On lutterait ainsi plus efficacement contre la fraude et on pourrait assurer un conseil qui éviterait les erreurs dont vous parlez.

M. Gérard Darmanin, ministre. – La différence de philosophie est patente : vous souhaitez plus de contrôles ; nous souhaitons aider les entreprises. Le taux de recouvrement des cotisations sociales frôle les 99 %. Restons raisonnables. Même l'impôt sur le revenu n'a pas ce taux de recouvrement. Votre défiance à l'encontre du monde économique est une tendance qui vous est naturelle.

M. Olivier Henno. – Sans graduation des sanctions, on renonce souvent à leur application. Cet article est de bon sens.

Les amendements identiques n^{os} 380 rectifié et 508 ne sont pas adoptés.

L'article 17 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Mme la présidente. – Amendement n°201, présenté par Mme Vullien.

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 2° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« (...) La gratuité ou les avantages tarifaires accordés à leurs salariés par les opérateurs de transports publics urbains, en application d'une convention collective nationale, sur les réseaux qu'ils exploitent. »

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 Michèle Vullien. – La Convention collective nationale des réseaux de transports publics urbains de voyageurs (CCNTU) prévoit, dans son article 24, la

remise d'une carte personnelle de service aux salariés des opérateurs publics ou privés exploitant des réseaux de transport urbain leur permettant de circuler librement sur le réseau.

Contredisant le plus souvent leurs positions historiques, certaines Urssaf sont tentées depuis quelques années de requalifier cette disposition comme un avantage en nature soumis à cotisations sociales.

Or la carte de service constitue une disposition conventionnelle concernant un outil professionnel qui ne constitue pas en soi un avantage en nature. Cet amendement de clarification met fin à une insécurité et une instabilité juridiques liées à des interprétations diverses et contradictoires de décisions judiciaires.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cela répondrait à des contentieux en cours entre l'Urssaf et des opérateurs publics et privés... Qu'en pense le Gouvernement ?

M. Gérard Darmanin, ministre. – Cela fait écho à la question des chèques-cadeau. Les contentieux naissent du manque de clarté du droit. Mais pourquoi ferions-nous une exception pour les salariés des entreprises de transport public urbain et pas pour les bénéficiaires de chèques-vacances ?

Mme Michèle Vullien. – Cela n'a rien à voir ! C'est un outil de travail.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Mais si, pourquoi priver la sécurité sociale de ces seules cotisations-là ? C'est en contradiction avec la philosophie de ce Gouvernement. On ne peut accepter cette rupture d'égalité manifeste entre salariés. Reste que le dispositif peut être clarifié pour limiter les contentieux.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – L'avis du Gouvernement me semble fondé. Il y aurait sinon beaucoup de cas analogues à soulever...

M. Charles Revet. – Il se trouve que je prends souvent le premier train du Havre vers Paris, dans lequel je rencontre des mécaniciens qui vont prendre leur service à Paris : cela rentre-t-il dans ce cas de figure ?

Mme Michèle Vullien. – Il n'est pas raisonnable d'assimiler aux chèques-vacances ce qui est en réalité un outil de travail pour les salariés des transports publics. En outre, les Urssaf n'appliquent pas toutes les mêmes règles.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Vous proposez d'exonérer de charges patronales les billets des salariés des sociétés de transport public, qu'ils les utilisent dans le cadre de leur travail ou de leur vie privée. La question est de savoir s'il faut faire entrer ces avantages dans l'assiette de la CSG.

Il y aurait rupture d'égalité si on ne le faisait que pour la RATP, par exemple, et non pour les salariés

d'autres entreprises comme la SNCF qui, elle, verse les charges patronales.

L'amendement n°201 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°509, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 17

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.

M. Éric Bocquet. – Je connais la doctrine en matière de rapports, mais il y a à la clé ici des milliards d'euros à récupérer. En 2017, 330 millions de pénalités et 540 millions de redressements ont été prononcés : nous ne sommes, tout de même, pas loin du milliard d'euros. En février, la Cour des comptes a estimé que la fraude pourrait s'élever à quelque 25 milliards. Il convient donc de renforcer les moyens pour lutter contre ce fléau. Or, du fait de la dématérialisation des services, le contrat d'objectif et de gestion pour 2018-2022 prévoit une baisse de 880 ETP.

L'État lui-même n'est pas exempt de tout reproche : la Cour des comptes estime qu'il est redevable de quelque 500 millions d'euros pour non versement de charges pour ses collaborateurs à titre occasionnel.

Un rapport ferait la lumière sur les moyens à déployer pour aller plus loin.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Nous ne sommes généralement pas favorables aux rapports... Mais nous souhaitons mener la lutte contre la fraude. Qu'en pense le Gouvernement ?

M. Gérald Darmanin, ministre. – Les montants en jeu, proportionnellement peu importants, n'en restent pas moins élevés. Avis favorable : nous n'avons rien à cacher, même si je pense que ce serait au Parlement de mener une telle étude.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – On me signale que l'Acoss a déjà rendu un rapport sur le sujet... Sagesse.

L'amendement n°509 est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 18

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article retrace l'ensemble des transferts financiers entre les branches de la sécurité sociale et entre l'État et la sécurité sociale.

Parmi les mesures prévues ici, la taxe sur les salaires actuellement destinée aux branches vieillesse, famille et maladie sera versée aux branches maladie et famille afin d'assurer la compensation de la

suppression des exonérations de cotisations patronales du CICE.

L'article prévoit également une affectation de 6,6 % du produit de la Casa au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et 6,6 % au financement des établissements accueillant des personnes âgées.

La part affectée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie passe de 70,5 % du produit de la Casa à 61,4 %, soit une baisse de 9,1 points, tandis que la part du produit de la Casa affectée aux concours versés aux départements pour les actions de prévention, baisse de 4,1 points pour s'établir à 23,9 %.

Pour 2018, l'Assemblée nationale a fléché 20 millions de la CNSA vers l'ANAH afin d'adapter les logements à la perte d'autonomie. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoyait d'adapter 80 000 logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap. Mais entre 2015 et 2017 seulement 45 000 logements ont été adaptés ce qui donne raison à nos critiques d'alors sur l'insuffisance des moyens.

Enfin, l'article 18 prévoit la revalorisation des petites retraites agricoles dans le plan 2014-2017. Je vous rappelle que nous avons déposé une proposition de loi en faveur d'une retraite agricole minimale à 85 % du SMIC afin de sortir les retraités agricoles de la précarité.

L'article 18 est adopté.

ARTICLE 19

M. Bernard Jomier. – L'embellie des comptes sociaux cache des difficultés sérieuses liées à la conjoncture et elle n'a pas fait disparaître le risque de reconstitution d'une dette sociale. De plus, la situation des hôpitaux est catastrophique avec un déficit de 900 millions cette année qui pourrait atteindre l'an prochain 1,5 milliard.

Le 5 octobre, l'Académie de médecine a dénoncé le faux-semblant de la hausse de l'Ondam et un jeu de « vases communicants » consistant à transférer le déficit de la sécurité sociale vers les hôpitaux.

Au regard de la transition épidémiologique - vieillissement de la population plus hausse des maladies chroniques - notre situation est préoccupante.

Alors que des réformes structurelles sont indispensables, l'éducation à la santé mais aussi les risques liés à l'environnement restent les parents pauvres de ce PLFSS.

En outre, si la réforme du système de soins met en œuvre des mesures que nous approuvons, il manque les financements correspondants ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR)*

M. Yves Daudigny. – Au-delà des mouvements financiers, l'article 19 pose la question du modèle que nous voulons pour la protection sociale pour le XXI^{ème} siècle. À mon sens, la perte d'autonomie financière et décisionnelle de la sécurité sociale, déjà engagée, s'accélère. Les dispositions de ce texte vont beaucoup plus loin, qui introduisent une interpénétration financière et une fongibilité entre l'État et la sécurité sociale, transformant cette dernière en une sorte de service public, susceptible comme les autres postes du budget de l'État de servir de variable d'ajustement.

Or, nous le savons, la sécurité sociale a une autre ambition, celle de répondre aux accidents de la vie selon une logique autre que financière. C'est le ciment de notre cohésion sociale et l'avenir de notre démocratie s'assombrirait s'il y était porté atteinte.

M. Jean-Noël Cardoux. – En 2019, les cotisations sociales assurent 52 % des recettes de la sécurité sociale tandis que la fiscalité en assure 47 %. Nous assistons à un glissement insidieux et nous passons d'un régime assurantiel à un régime universel !

La réforme de l'assurance-chômage en cours va dans ce sens puisque la fin du paritarisme et le financement par l'impôt sont à peu près actés.

Le changement de logique n'était jusqu'à présent guère assumé. Or M. le ministre a dit ici même avant-hier que le modèle de 1945 était dépassé, qu'il fallait substituer la solidarité à l'assurance et que nous nous dirigeons vers un régime universel.

Ce changement de modèle ne peut se contenter de débats fragmentaires : il doit être débattu au Parlement et intégré au projet de révision constitutionnelle.

M. René-Paul Savary. – Les accords nationaux interprofessionnels (ANI), les réseaux de soins, le CICE, engageaient déjà un changement de modèle, insidieux il est vrai.

Le rapprochement entre le PLFSS et le projet de loi de finances aurait pour conséquence de mettre les projecteurs sur les recettes. Cela marquerait la fin de notre modèle social hérité de l'après-guerre. Ce serait la mainmise de Bercy sur un système qu'il faut certes réformer. L'universalité, demain, se paiera d'une réforme de la contribution. Nous devons à tout le moins en discuter.

M. Gérard Dériot. – Rapporteur de la branche AT-MP, je veux protester contre son siphonage récurrent au bénéfice de la branche maladie.

Nous en sommes arrivés à transférer un milliard d'euros à la CNAM, ce qui est inadmissible ! Vous parlez tout à l'heure de la formule que Bercy a inventée pour les cotisations des travailleurs indépendants. On ne peut faire confiance à la commission qui se réunit tous les trois ans pour décider au doigt mouillé de la formule de transfert entre la branche AT-MP et la branche maladie.

Il n'est pas normal que les entreprises qui cotisent à la branche AT-MP contribuent à l'équilibre de la branche maladie !

M. Olivier Henno. – Voilà un vrai débat non pas seulement technique et économique mais philosophique.

Souvenons-nous que le Parlement n'a pas toujours débattu de ces questions... Le PLFSS n'est pas si vieux.

Je ne me réjouis pas à l'inéluctabilité du passage à la solidarité, car je crois au dialogue social et au paritarisme. Ma religion n'est pas totalement faite, cependant. Débattons-en !

M. Michel Amiel. – Oui, c'est une question de fond qui est posée ici, mais pouvons-nous y répondre ainsi, au détour d'un article d'un projet de loi, fût-il de financement de la sécurité sociale ? Quel système voulons-nous en effet ? Paritaire et assis sur des comptes spéciaux, ou universel et assis sur l'impôt ? Système assurantiel ou étatique ? Nous ne sommes certes plus en 1946, à l'époque d'Ambroise Croizat. L'Ondam est-il toujours le bon outil, et par quoi le remplacer ?

Les actes inutiles et redondants atteignent une proportion de 20 % selon l'OCDE ce qui nous laisse des marges de manœuvre. Il faut engager des réformes pour y remédier et le Gouvernement s'y est attelé, puisque l'on voit enfin se dessiner le profil d'un véritable serpent de mer, le dossier médical partagé.

Mme Laurence Cohen. – Je suis satisfaite d'entendre un certain nombre de propos qui rejoignent l'objet de la motion que nous avons déposée. Que ne l'avez-vous donc votée ? (*Murmures et sourires à droite*) Quelle contradiction !

M. Michel Amiel. – C'est dans la nature humaine.

Mme Laurence Cohen. – L'article prévoit la perte de 26,6 millions d'euros pour la branche maladie de l'assurance-maladie, compensée par la TVA, impôt le plus injuste qui soit. C'est un moyen de justifier le maintien des taxes, prétendument indispensables au financement des hôpitaux, mais profondément injustes.

Sur les 38,4 milliards d'euros d'allègement de cotisations patronales, seulement 36,3 milliards seront compensés par l'État : les assurés devront payer le reste.

Cet amendement confond le budget de la sécurité sociale avec celui de l'État. Il est vrai que le budget de la santé est une manne assez extraordinaire. Son sous-financement porte un coup terrible à notre modèle social et au service public en général.

Monsieur le ministre, vous demandez plus à ceux qui ont moins et les exonérations, qui ont pourtant prouvé leur inefficacité, pleuvent au nom de l'emploi, alors que la sécurité sociale devrait garantir le même niveau élevé de droits pour tous.

M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics. – Le sujet est à la fois politique et technique. Il est étonnant que dans un débat public qui parle de déficit public, de dette publique et de dépenses publiques, toutes administrations confondues, on distingue tout à coup les 50 % de la dépense publique liée aux dépenses sociales. Or vous ne souhaitez pas non plus faire des économies sur les collectivités territoriales, qui représentent 20 % du total des dépenses publiques.

Quel ministre des comptes publics serais-je qui ne pourrait parler que de 30 % des dépenses, correspondant à la seule part de l'État ? Le débat ne peut donc pas ne pas porter sur les 50 % de la dépense publique liée à la sécurité sociale. Cela ne signifie pas pour autant que nous souhaitons y porter atteinte.

Pour changer de paradigme, il est indispensable de mettre en œuvre la réforme des retraites, dont les dépenses comptent pour 50 % de ces 50 %. Certains en ont parlé et l'ont fait de bon gré, tel Jacques Chirac. D'autres l'ont fait sans l'avoir voulu, de mauvais gré, tel Nicolas Sarkozy, parce qu'il fallait faire des économies, ou le président Hollande, qui ne voulait pas réformer les retraites, mais y a été obligé, en multipliant les cotisations, en raison de la dégradation des comptes publics. Le président Macron a écarté la question de l'âge du départ en retraite pour mettre en avant la réforme par points.

Je ne prône pas la fusion des textes et ce n'est pas ce que propose le Conseil des ministres dans la réforme constitutionnelle.

En revanche, le Gouvernement souhaite passer d'un système assurantiel à un système universel, l'important restant de savoir comment l'on paie la solidarité sociale et ce n'est pas très grave de la payer par l'impôt plutôt que par des cotisations, finalement.

Depuis 1945, le système a évolué, et ce n'est pas le critiquer que de le constater : les proportions relatives d'actifs et de retraités dans la population ont changé, le taux de chômage n'est pas le même, ni l'espérance de vie etc.

Les Républicains ont présenté deux dizaines d'amendements pour proposer des allègements de charges. Est-ce logique si vous souhaitez que les cotisations continuent à financer le système ?

Il faut aussi prendre en compte les crédits de l'État qui servent à la dépense sociale, quand par exemple on dédouble des classes de CP, ou lorsqu'on baisse l'impôt sur les sociétés pour récupérer plus d'impôts sociaux.

Reste à savoir comment répartir les 700 millions d'euros de recettes supplémentaires qui résultent des différentes réformes. L'excédent des comptes sociaux est léger, la dette publique reste importante. Le Gouvernement propose une solidarité qui ne nie pas la nécessaire extinction de la dette sociale, soit 26 milliards d'euros, tout en garantissant la protection

sociale de demain, à savoir la dépendance, sur laquelle Mme Buzyn travaille beaucoup.

Plus que de s'intéresser aux tuyauteries, il faut cerner les enjeux de la protection de demain, afin de déterminer les moyens à mobiliser. La question est moins théorique que vous semblez le penser.

L'État alloue 36 milliards d'euros de son budget à la sécurité sociale, l'inverse ne portant que sur 2 milliards.

À la fin des fins, il n'y a qu'un seul contribuable, le citoyen, qui paye, tous budgets confondus, le prix d'ensemble de nos politiques collectives. Alors, oui, nous lui offrons une solidarité collective, mais il n'y a qu'un travailleur, un portefeuille, un compte en banque, une entreprise !

MM. René-Paul Savary et Bruno Sido. – C'est vrai !

Mme la présidente. – Amendement n°382 rectifié bis, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny. – Cet amendement, symbolique, marque notre détermination. L'article 19, au cœur du projet du Gouvernement, institutionnalise le principe des vases communicants entre le budget de l'État et celui de la sécurité sociale. C'est la fin de l'autonomie budgétaire de la sécurité sociale sanctuarisée par la loi Veil de 1994. Même si cette règle d'or a connu quelques exceptions depuis lors, vous en abandonnez à présent le principe même.

Ce tournant de l'assurance-maladie est antisocial et doit être rapproché de la réforme de l'assurance chômage. Tout se tient, pour dessiner les contours d'une protection sociale du XXI^e siècle, étroitement rétrécie et substituant l'assistance à l'assurance. D'où cet amendement de suppression.

Mme la présidente. – Amendement identique n°511, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Laurence Cohen. – Madame la ministre, parlons franchement. Le déficit de la sécurité sociale est entretenu. La situation est bien différente de celle qui prévalait au lendemain de la guerre pour les gros actionnaires et les grands patrons, envers lesquels vous multipliez les cadeaux. Le CICE, qui coûte 20 milliards par an, a été multiplié par deux en 2019 ! L'argent est là, mais vous ne le prenez pas là où il faut.

Vous exemptez les patrons de cotisations alors que vous savez bien que cela n'a aucune conséquence positive sur l'évolution du chômage - depuis le temps que nous le faisons, cela se saurait ! Vous refusez nos propositions parce qu'elles cognent sur ce capital. Le risque de votre politique, c'est de remettre en cause la qualité des soins. La manne de la sécurité sociale

servira à renflouer, de manière camouflée, les caisses de l'État. D'où notre amendement de suppression.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Avis défavorable, car des dispositions de l'article 19 sont nécessaires au bon fonctionnement de la sécurité sociale. Bien sûr, il nous faut débattre au fond du financement de la sécurité sociale. L'article 19 ne suffira pas à régler le problème. La sécurité sociale a changé dans la nature de son financement. Cela s'est opéré, non pas insidieusement, mais au fil du temps, sur soixante-dix ans. Il est nécessaire de poser le débat dans un temps de réflexion long.

L'État verse 36 milliards d'euros à la sécurité sociale pour compenser les exonérations de cotisations décidées par les différents ministères. Cela ne s'est pas fait d'un coup, mais au fil du temps. Le risque est de basculer dans un système qui ne serait plus contrôlé par les acteurs et les partenaires sociaux, ni par la représentation nationale. Cela mérite une réflexion poussée.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Avis défavorable.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Je suivrai bien sûr le rapporteur général, car on ne peut pas se priver de cet article 19. Plusieurs remarques, toutefois. Le débat qui vient d'avoir lieu est un débat de sachants ; il n'est pas certain que la population en connaisse tous les enjeux. Si les idéaux de 1945 sont remis en cause, ce serait la moindre des choses que de consulter la population.

M. Charles Revet. – C'est très important !

M. Alain Milon, président de la commission. – Madame la ministre, Bercy n'est pas un centre de décision réservé aux sachants ; Bercy doit être au service de la prise de décision, qui a lieu au Parlement. (*Applaudissements sur la plupart des bancs*)

La réflexion doit être poursuivie dans le cadre d'un débat populaire et démocratique qui prendrait la forme d'états généraux de la sécurité sociale. (*Applaudissements*)

M. Daniel Chasseing. – Cette année, la plupart des charges sont compensées, qu'il s'organise du CICE 2018 ou des baisses de charges qui ont pris le relais en 2019. Les entreprises doivent rester compétitives et il faut créer des emplois, car c'est ainsi que l'on financera la sécurité sociale et les retraites. La compensation existe, mais nous avons considéré qu'un taux de 0,3 % pour les retraites était insuffisant et nous avons proposé une mesure à négocier en CMP pour augmenter cette compensation.

Nous voterons contre les deux amendements.

M. Jean-Louis Tourenne. – Je comprends mal l'argumentaire au service du rejet de ces amendements. Il s'agit avec cet article de ponctionner 2,3 milliards d'euros dans les caisses de la sécurité sociale pour alimenter celles de l'État : de quel équilibre parle-t-on ?

Je viens en outre d'assister au plus bel exercice d'enfumage que j'ai vu. (*Murmures sur divers bancs ; marques d'approbation sur les bancs du groupe SOCR*) Tout serait dans tout, et réciproquement, peu importe qui paie ? Non ! L'assurance, la charité, ce n'est pas la même chose !

Et vous ne m'avez toujours pas répondu depuis hier monsieur le ministre : à quoi correspondent ces 36 milliards d'euros que l'État verse à la sécurité sociale ? Ce n'est pas un cadeau, c'est un dû. Et il n'est pas dit que cela suffise... Vous souhaitez insuffler du dynamisme à l'économie ? Mais l'ISF n'est pas une aide aux entreprises ! C'est une aide à des particuliers déjà riches. Les riches n'ont pas besoin de cadeaux supplémentaires !

Mme Sophie Taillé-Polian. – Pour justifier le pot commun, vous disiez, monsieur le ministre, qu'il n'y avait qu'une seule poche. Mais il y a des petites poches et d'autres bien plus grandes, les pleines et les moins pleines, celles qui débordent et celles qui sont vides au 15 du mois. Et on les vide encore plus par les impôts les plus injustes qui soient, tandis que l'on allège l'impôt des plus riches. Ce sont toujours les plus modestes qui paient.

M. Gérald Darmanin, ministre. – On s'éloigne du débat. Oh, je n'ai pas de leçons à recevoir en matière sociale. Qui, sinon le précédent gouvernement, soutenu par vous-mêmes, a augmenté la TVA, répercutée sur les tarifs sociaux ?

M. Bruno Sido. – Quelle mémoire !

M. Gérald Darmanin, ministre. – ... c'est vous aussi qui avez modifié le quotient familial...

Mme Sophie Taillé-Polian. – Pour les plus aisés !

M. Gérald Darmanin, ministre. – ... augmentant ainsi la tarification des cantines. Bref, on a ce droit d'être vertueux ou social mais il faut être pratiquant et pas seulement croyant. Vous avez encore mis en place la prime en contrepartie des dividendes, la réduction des cotisations pour les travailleurs indépendants...

C'est un vieux débat, en effet, et, monsieur le président de la commission des affaires sociales, Bercy reste à la disposition du Parlement. À ce propos, vous oubliez le souhait des députés de la majorité, élus sur des promesses. Attention à ne pas réunir des états généraux de sachants, monsieur le président... Rien ne se fait en tout cas en catimini. Tout a été dit pendant la campagne, et les Français ont voté en connaissance de cause. Le général de Gaulle a instauré simultanément la sécurité sociale et l'élection du président de la République au suffrage universel direct.

M. Pascal Savoldelli. – On risque de basculer dans un autre système, a dit très justement le rapporteur général : attention à ce que nous faisons, donc.

Pourquoi remplacer « sécurité sociale » par « protection sociale » dans la Constitution sinon pour changer de projet de société ? Nous ne sommes pas au CRCE, favorable à l'étatisation de la sécurité sociale ; nous souhaitons rééquilibrer le rapport entre le capital et le travail, empêcher le passage d'un droit commun à des droits privés. C'est un vrai débat de société.

À la demande du groupe CRCE, les amendements identiques n^{os} 382 rectifié bis et 511 sont mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n^o 17 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption.....	88
Contre	254

Le Sénat n'a pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o 512, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rédiger ainsi cet article :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o La première phrase du premier alinéa de l'article L. 231-3 est ainsi rédigée :

« Des élections sont organisées pour la désignation des représentants au conseil ou au conseil d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux titres I^{er} et II du présent livre. » ;

2^o L'article L. 231-4 est ainsi modifié :

a) Les mots : « sa désignation » sont remplacés par les mots : « les élections » ;

b) Les mots : « nouvelles désignations » sont remplacés par les mots : « nouvelles élections » ;

3^o Au premier alinéa de l'article L. 231-5, le mot : « désigné » est remplacé par le mot : « présenté ».

M. Fabien Gay. – À l'inverse de l'article 19, cet amendement rend de l'autonomie financière à la sécurité sociale en restaurant le lien entre les assurés et leur bien commun. La politique au service du patronat que vous menez l'a en effet abîmé, de sorte que de moins en moins de nos concitoyens ont conscience que la sécurité sociale est indépendante de l'État.

En rétablissant l'élection des salariés aux conseils d'administration de la sécurité sociale, nous leur rendrons un peu du pouvoir de gérer leurs propres affaires.

Un amendement un peu provocateur avait suscité votre inquiétude, hier, monsieur le ministre. Vous voilà rassuré !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Nous avons, je le répète, besoin de l'article 19. Avis défavorable.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n^o 512 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o 357 rectifié, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Espagnac, MM. Kerrouche et Duran, Mmes Ghali et Guillemot, M. P. Joly et Mme Préville.

Alinéa 2

Supprimer cet alinéa.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Défendu.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Avis défavorable.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n^o 357 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o 61, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 12

Remplacer le taux :

0,95 %

par le taux :

2,40 %

II. – Alinéa 20

Supprimer cet alinéa.

III. – Après l'alinéa 48

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...^o L'article L. 241-6-2 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 241-6-2.* - Le taux des cotisations mentionnées au 1^o de l'article L. 241-6 est réduit de 2,40 points pour les revenus d'activité des salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation édictée par l'article L. 5422-13 du code du travail, dans la limite de quatre fois le montant du plafond défini au premier alinéa de l'article L. 241-3. »

IV. – Après l'alinéa 96

Insérer deux paragraphes ainsi rédigés :

... – L'article 54 de la loi n^o 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel est abrogé.

... – Pour l'année 2019, les contributions salariales prévues à l'article L. 5422-9 du code du travail sont prises en charge par leurs employeurs, dans des conditions définies par décret.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement de principe propose de maintenir dans le droit l'existence des contributions des salariés à l'assurance chômage, qui disparaîtront au 1^{er} janvier.

Les assurés seront-ils toujours des assurés, ou n'auront-ils droit qu'à ce que la société voudra bien leur accorder ? Nous n'avons pas assez abordé le fond du problème, au-delà du seul aspect financier... Le Conseil d'État, dans son avis sur la loi Avenir professionnel, invitait déjà le Gouvernement à « approfondir sa réflexion », avant de gommer de notre droit les contributions salariales d'assurance chômage. Les partenaires sociaux en discutent actuellement.

En toute hypothèse, n'aborder le sujet que sous l'angle du pouvoir d'achat ne suffit pas.

En 2019, les contributions des salariés seraient prises en charge par leurs employeurs ; ceux-ci bénéficieraient d'une réduction équivalente de cotisations patronales à la branche famille ; et la fraction de CSG fléchée vers l'Unédic pour compenser la disparition des contributions salariales serait réacheminée vers la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

M. Gérard Darmanin, ministre. – Avis défavorable à ce montage important et complexe, parfaitement orthogonal aux engagements du président de la République.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Facile !

M. Gérard Darmanin, ministre. – Nullement. Le président de la République propose la suppression des cotisations et le passage à un régime universel. Je comprends que vous ne soyez pas favorable à ces idées, mais les Français ont tranché. Avis défavorable.

L'amendement n°61 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°184 rectifié, présenté par Mme Renaud-Garabedian, M. Magras, Mme Gruny, MM. de Nicolaÿ et del Picchia, Mmes Boulay-Espéronnier, Delmont-Koropoulis, Lherbier et Lamure et MM. H. Leroy et Babary.

I. – Alinéas 34 à 41

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

4° bis L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4B du code général des impôts » sont remplacés par les mots « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

b) Le I bis est abrogé ;

4° ter L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit, à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

b) À la première phrase du troisième alinéa du I, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France, à raison de l'origine de certains de leurs revenus et, simultanément assujettis à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

c) Le I bis est complété par les mots « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

II. – Alinéa 81

Supprimer les mots :

, sans qu'il soit fait application du I ter du même article L. 136-6

III. – Alinéa 82

Supprimer les mots :

, sans qu'il soit fait application du I ter du même article L. 136-7

IV. – Alinéas 90 à 94

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

... – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 15, les mots : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis, à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

2° À la première phrase du I de l'article 16, après la première occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « et payés à des personnes physiques qui sont à la fois redevables de l'impôt sur le revenu en France à raison de certains de leurs revenus et simultanément assujettis à quelque titre que ce soit à un régime obligatoire français d'assurance-maladie » ;

V. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les 4° bis et 4° ter du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

VI. – Pour compenser la perte de recettes résultant des I, II, III et IV, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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 Évelyne Renaud-Garabedian. – Les Français de l'étranger ne bénéficient d'aucune protection sociale, alors que leurs revenus fonciers sont soumis à des prélèvements, condamnés pourtant par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) en 2015 et le Conseil d'État en 2018.

Je salue l'avancée considérable qu'a constituée l'annonce de la suppression de la CSG-CRDS pour les Français de l'étranger résidant dans l'Union européenne, dans l'espace économique européen et en Suisse. Reste que nos compatriotes établis dans le reste du monde se sentent moins bien considérés que les autres. Pourquoi faire deux poids deux mesures ? Il importe de faire cesser ce qu'ils perçoivent comme une injustice.

Cet amendement étend en conséquence ce geste à tous les Français de l'étranger.

Dans sa seconde partie, il exonère les non-résidents français du nouveau prélèvement de solidarité de 7,2 % sur les revenus fonciers, ainsi que sur les produits de placement de cette imposition permettant de financer partiellement la sécurité sociale, alors que les Français de l'étranger ne bénéficient pas de cette couverture.

Mme la présidente. – Amendement n°254, présenté par MM. Yung, del Picchia et Regnard.

I. – Alinéas 34 à 41

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

4° bis L'article L. 136-6 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

b) Le I bis est complété par les mots : « , et qui sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

4° ter L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

b) À la première phrase du 3° du I, après le mot : « impôts », sont insérés les mots : « et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

c) Le I bis est complété par les mots : « qui sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

II. – Alinéa 81

Supprimer les mots :

, sans qu'il soit fait application du I ter du même article L. 136-6

III. – Alinéa 82

Supprimer les mots :

, sans qu'il soit fait application du I ter du même article L. 136-7

IV. – Alinéas 90 à 94

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

IV bis. – L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :

1° La première phrase du premier alinéa du I de l'article 15 est complétée par les mots : « qui sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français » ;

2° À la première phrase du I de l'article 16, après la première occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « et payés à des personnes physiques à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire de sécurité sociale français, ».

V. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les 4° bis et 4° ter du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

VI. – Pour compenser la perte de recettes résultant des I, II, III et IV, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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.

M. Richard Yung. – La décision de la CJUE a soustrait les résidents européens du paiement de la CSG-CRDS. Mais les autres ? Il est des Français établis ailleurs qui ont conservé un petit appartement, rapportant un maigre revenu, de quelque 600 euros, par exemple, dont on leur prend la moitié : je ne veux pas faire pleurer Margot, mais cela n'en fait pas des privilégiés.

Mme la présidente. – Amendement n°446 rectifié bis, présenté par Mme Lepage et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Alinéa 34

Rédiger ainsi cet alinéa :

4° bis Le I bis de l'article L. 136-6 est ainsi rédigé :

II. – Alinéa 35 et 38

Remplacer les références :

aux I et I bis

par la référence :

au I

III. - Alinéas 35, 36, 38, 41, 81, 82, 94 et 163

Remplacer la référence :

I ter

par la référence :

I bis

IV. - Alinéa 37

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

4° ter L'article L. 136-7 est ainsi modifié :

a) Le I bis est ainsi rédigé :

V. - Après l'alinéa 41

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le dernier alinéa est supprimé.

VI. - Après l'alinéa 48

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

6° quater L'article L. 245-14 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les références : « aux I et II de » sont remplacées par le mot : « à » ;

b) La deuxième phrase est supprimée ;

6° quinquies Au premier alinéa de l'article L. 245-15, les références : « I à II » sont remplacés par les références : « I et II ».

VII. - Alinéa 92

Supprimer les mots :

les mots : « définis au I » sont remplacés par les mots : « désignés aux I et I bis » et,

VIII. - Alinéa 109

Remplacer les mots :

de l'année 2018

par les mots :

perçus à compter du 1^{er} janvier 2012

IX. - Alinéa 161

Remplacer les mots :

de l'année 2018

par les mots :

par perçus à compter du 1^{er} janvier 2012

X. - Pour compenser la perte de recettes résultant du I au IX, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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 Corinne Féret. - Depuis six ans, les représentants des Français de l'étranger ne cessent de répéter qu'il est anormal et discriminatoire de soumettre une personne à des prélèvements sociaux alors qu'elle ne bénéficie d'aucun régime social. Vous projetez de supprimer la CSG, mais uniquement pour ceux qui résident dans l'Union européenne. Cet amendement étend la portée de cette exonération aux Français de l'étranger relevant de la législation d'un autre État en matière d'assurance-maladie et qui ne bénéficient pas d'un régime de sécurité sociale obligatoire français... Le risque juridique est réel. Le rapport de la députée Anne Genetet recommande la suppression de tous les prélèvements sociaux, sans distinction du lieu de résidence, et qualifie les 59 000 recours en remboursement introduits contre l'État français de véritable bombe à retardement. Désamorçons-la.

L'amendement n°5 n'est pas défendu.

Mme la présidente. - Amendement n°8 rectifié *ter*, présenté par M. Frassa, Mme Garriaud-Maylam, MM. del Picchia et Regnard, Mmes Gruny, Procaccia et Delmont-Koropoulis, MM. Cuypers, H. Leroy, Lefèvre, Dallier, Karoutchi, Courtial et Cambon, Mme L. Darcos, M. de Nicolaÿ, Mme Lherbier et M. Rapin.

I. - Alinéas 35 et 38

Supprimer les mots :

, par application des dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale,

II. - Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article 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 Procaccia. - Cet amendement supprime l'assujettissement pour l'ensemble des Français établis hors de France, sans distinction, au paiement de la CSG et de la CRDS.

Il faut mettre fin à cette discrimination. Bon nombre de Français travaillent hors de l'Union européenne. Lorsqu'ils rentrent en France, ils ne sont pas couverts par le système social alors qu'ils le financent. La Cour de justice de l'Union européenne a rendu un arrêt pour ce qui la concerne : le territoire européen. Une telle disposition reste une bombe à retardement, comme l'a dit ma collègue.

Mme la présidente. - Amendement identique n°40 rectifié *quater*, présenté par Mmes Deromedi et Di Folco, MM. Mouiller et Danesi, Mme Bruguière,

MM. Kennel, D. Laurent, Calvet et Charon, Mme Chain-Larché, MM. Allizard, Revet et Grand, Mmes Boulay-Espéronnier, Lanfranchi Dorgal et Lamure et MM. Gremillet et Sido.

Mme Catherine Di Folco. – Cet amendement a été bien défendu.

L'amendement n°140 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°187 rectifié *ter*, présenté par M. Cadic, Mme Billon, M. Guerriau, Mme Goy-Chavent, M. Laurey, Mmes Guidez et Tetuanui, MM. Maurey et Marseille et Mme C. Fournier.

Mme Annick Billon. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°255, présenté par M. Yung.

M. Richard Yung. – Défendu.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Ce débat sur la contribution sociale sur les revenus du capital de nos compatriotes établis hors de France est récurrent. Les dispositions insérées dans l'article 19 à l'Assemblée nationale répondent rigoureusement au droit européen tel qu'énoncé par la Cour de justice.

Que sont la CSG et la CRDS sinon des impositions de toute nature : elles n'ouvrent pas de droit mais sont affectées à la sécurité sociale. Elles frappent tous les revenus situés en France, dans une optique purement contributive.

Les Français établis hors de France n'empruntent pas les routes françaises et n'inscrivent pas leurs enfants dans des écoles françaises. Faudrait-il pour autant qu'ils ne paient aucun impôt en France sur des revenus français ?

Ces amendements coûteraient cher : 180 millions d'euros. Ils portent atteinte au caractère universel de la CSG et de la CRDS. Avis défavorable.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Le rapporteur général a tout dit. Avec les amendements adoptés contre l'avis du Gouvernement, nous en sommes déjà à 800 millions d'euros de dépenses supplémentaires ; avec cet amendement, gagé sur le tabac, cela fera 1 milliard. Ne dégradons pas davantage le solde !

L'Union européenne et la Suisse ont des règlements de sécurité sociale de sorte qu'il est possible de supprimer la CSG et la CRDS pour les Français qui y résident. Ce que nous avons fait.

La CSG est un impôt social universel, mais qui n'ouvre aucun droit à prestation.

Mme Laurence Rossignol. – Il y a quand même un lien avec la sécurité sociale !

M. Gérard Darmanin, ministre. – Certes, mais cela reste un impôt comme les autres, pas une cotisation. Les expatriés qui reviendraient sur le territoire national récupèrent leurs droits à prestations au bout de trois

mois. Il faut bien les financer ! Les non-résidents doivent-ils contribuer au bien national, à la solidarité ? Oui, sauf à changer de modèle social. Parce que le Gouvernement a mis fin à l'insécurité juridique, mais aussi pour des raisons de philosophie, avis défavorable.

Mme Annick Billon. – Au vu de ces explications, et étant donné son coût, je retire mon amendement.

*L'amendement n°187 rectifié *ter* est retiré.*

M. Richard Yung. – Ce débat est récurrent. Nous avons cependant progressé dans la transcription de la jurisprudence Ruyter. Pour les élus des Français de l'étranger, le combat continue !

À l'étranger, hors Europe, les Français prennent en général la Caisse des Français à l'étranger (CFE) en plus de cotiser à la sécurité sociale locale. Comment justifier que ces personnes cotisent en plus, à hauteur de 47%, au régime français dont elles ne bénéficient pas ?

L'amendement n°184 rectifié n'est pas adopté non plus que les amendements n°254 et 446 rectifié bis.

*Les amendements identiques n°8 rectifié *ter*, 40 rectifié *quater* et 255 ne sont pas adoptés.*

Mme la présidente. – Amendement n°629, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 68

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au dernier alinéa du même III, les mots : « 40 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « 24 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° » ;

L'amendement de coordination n°629, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°62, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 129 à 160

Supprimer ces alinéas.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – S'il est légitime que l'État puisse bénéficier, dans une certaine mesure, du retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, les coupes prévues à cet article ne sont pas acceptables en l'état. Elles préemptent dès à présent des excédents hypothétiques. Elles ne sont pas compatibles avec le remboursement de la dette résiduelle de la branche maladie et du FSV d'ici 2022, selon la trajectoire définie en annexe B. Enfin, le Gouvernement et le Parlement doivent commencer par s'entendre sur les principes qui régiront l'équilibre à long terme des comptes sociaux. La remise d'un rapport du

Gouvernement ne saurait engager l'ensemble des pouvoirs publics.

Il est donc proposé de supprimer les réaffectations de ressources prévues pour 2021 et 2022.

M. Gérard Darmanin, ministre. – Les enjeux sont importants, mais avis défavorable : l'amendement touche profondément à la structuration du projet de loi de finances telle que la souhaite le Gouvernement. Nous aurons des discussions sur le sujet ultérieurement.

L'amendement n°62 est adopté.

L'article 19, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Mme la présidente. – Amendement n°568 rectifié, présenté par M. Yung.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, aucune cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès n'est due au titre des avantages de retraite servis aux personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts n'excède pas le seuil mentionné à la première phrase du 1° du III de l'article L. 136-8 du présent code.

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, les avantages de retraite servis aux personnes dont le montant des revenus de l'avant-dernière année tels que définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, d'une part, excède le seuil mentionné à la première phrase du 1° du III de l'article L. 136-8 du présent code et, d'autre part, est inférieur au seuil mentionné à la première phrase du 2° du III de l'article L. 136-8 du présent code se voient appliquer un taux réduit fixé par décret. »

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.

M. Richard Yung. – Les retraités qui sont à la fois fiscalement domiciliés à l'étranger et affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale français ne sont pas assujettis à la CSG ni à la CRDS sur leur pension mais acquittent la cotisation d'assurance maladie (Cotam) en contrepartie de l'accès aux soins à leur retour en France. La Cotam, dont le taux est de 3 % à 4 %, s'applique de manière uniforme quel que soit le montant de la pension, alors qu'en France, les retraites inférieures à un certain montant bénéficient

de taux réduits de CSG. Cet amendement propose donc une dégressivité de la Cotam en exonérant les retraités aux revenus inférieurs à 11 000 euros et en prévoyant un taux réduit pour les pensions de 11 000 à 14 000 euros.

Mme la présidente. – Amendement n°253 rectifié *ter*, présenté par Mme Renaud-Garabedian, M. Magras, Mme Gruny, MM. de Nicolaÿ et del Picchia, Mmes Boulay-Espéronnier, Delmont-Koropoulis et Lamure et MM. H. Leroy, Babary et Cadic.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 131-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-... ainsi rédigé :

« Art. L. 131-... – I. – Par dérogation au 1° de l'article L. 131-2, ne sont pas assujettis à une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès les avantages de retraite servis aux assurés du régime général domiciliés et établis hors de France, et dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts sont inférieurs à 10 996 € pour la première part de quotient familial, majorée de 2 936 € pour chaque demi-part supplémentaire ;

« II. – Les avantages de retraite servis aux assurés du régime général domiciliés et établis hors de France, et dont les revenus de l'avant-dernière année, définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts, sont supérieurs aux sommes mentionnées au I mais inférieurs à 14 375 € pour la première part de quotient familial, majorée de 3 838 € pour chaque demi-part supplémentaire, sont assujettis à une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à un taux réduit fixé par décret.

« Les seuils mentionnés au présent article sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, constatée pour l'avant-dernière année et arrondis à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. »

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 Évelyne Renaud-Garabedian. – Les retraités dont les ressources sont supérieures à 900 euros s'acquittent de la CSG, CRDS, et CASA. Les autres, à moins de 900 euros, sont exonérés de toute cotisation sociale.

Pour les Français résidant à l'étranger, soumis à la Cotam, la distinction ne vaut pas. Ils doivent en outre cotiser à la Caisse des Français de l'étranger (CFE) ; c'est une double imposition. Cet amendement vise à exonérer de la Cotam les Français retraités de

l'étranger qui perçoivent moins de 900 euros par mois. Il s'agit d'uniformiser le droit et de faire un geste pour les petits retraités modestes qui se sentent délaissés par la France.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Votre amendement ne concerne pas que les retraités modestes puisque vous proposez un système progressif, assez complexe. Nous ne sommes pas en mesure de connaître le revenu fiscal de référence des intéressés. Avis défavorable.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Premier problème : les Français de l'étranger n'ont pas de revenu fiscal de référence puisqu'ils ne dépendent pas du système fiscal français. La Cotam à laquelle sont soumis les non-résidents est à taux fixe. Faut-il la rendre progressive ? Si l'on prévoit une baisse pour certains, il faudra une augmentation pour d'autres, afin de préserver l'équilibre.

Notons au passage que le taux de la Cotam est moins élevé que celui de la CSG : 3 %. (*M. Richard Yung le confirme.*)

On ne pourrait calculer la proportionnalité des cotisations que sur les revenus de retraite, ce qui serait injuste, car certains retraités dont la pension est modeste bénéficient par ailleurs d'importants revenus fonciers. Il faudrait frapper l'intégralité des revenus...

Avis défavorable en l'état.

M. Richard Yung. – Je suis sensible aux critiques que le ministre vient d'exprimer. Travaillons avec vos équipes, monsieur le ministre, pour mettre au point une mécanique qui tourne.

Mme Évelyne Renaud-Garabedian. – Je suis d'accord et je retire mon amendement.

M. Gérald Darmanin, ministre. – Votre collègue députée Anne Genetet qui a été missionnée par le Premier ministre sur la fiscalité des Français de l'étranger s'est peu intéressée aux prélèvements sociaux. Il faudrait creuser le sujet, par exemple en confiant au Sénat une mission sur la fiscalité sociale des Français de l'étranger.

Nous avons renoncé à l'augmentation de la Cotam qui devait intervenir en miroir de l'augmentation de la CSG.

Je m'engage à poursuivre la réflexion si vous retirez vos amendements.

Les amendements n°253 rectifié ter et n°568 rectifié sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n°4 rectifié *decies*, présenté par M. Regnard, Mme Noël, MM. Karoutchi, H. Leroy, Danesi, Bazin, Frassa et Wattebled, Mme Deromedi, MM. Courtial, B. Fournier et J.M. Boyer, Mmes Dumas et Dindar, M. Duplomb, Mme Lherbier, MM. Charon, Moga, Paccaud et Perrin, Mme Bories et MM. Mayet, Babary, Segouin et Sido.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 1 du chapitre 3 du titre 2 du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 123-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 123-2-... – Les conventions collectives du travail prévues aux articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1, les accords collectifs nationaux et leurs avenants, pris en application des mêmes articles, ne peuvent pas avoir pour effet de permettre aux employeurs des agents auxquels s'appliquent ces conventions collectives ou accords collectifs de prendre en charge le premier jour de salaire non couvert par l'assurance maladie en application de l'article L. 323-1. »

Mme Nassimah Dindar. – En cas d'arrêt maladie, les agents des organismes de sécurité sociale - organismes de droit privé chargé d'une mission de service public - sont soumis aux trois jours de carence. Toutefois, la convention collective garantit un maintien de salaire dès le premier jour d'arrêt maladie.

Vu le fort absentéisme de courte durée, cet amendement vise à rendre effective l'application d'un jour de carence, dans le prolongement de l'instauration d'un jour de carence dans la fonction publique. Il s'agit d'une mesure d'équité entre agents publics, d'autant que dans les ARS, par exemple, se côtoient fonctionnaires et agents d'organismes de sécurité sociale.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La question de la cohérence avec le traitement des fonctionnaires se pose effectivement. Mais on ne peut mêler le législateur à l'élaboration d'une convention collective applicable à des agents de droit privé. Défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis, pour la même raison.

L'amendement n°4 rectifié decies n'est pas adopté.

La séance est suspendue à 13 heures.

PRÉSIDENCE DE M. THANI MOHAMED SOILIH, VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 30.

Nominations à une éventuelle CMP

M. le président. – J'informe le Sénat que des candidatures pour siéger au sein de l'éventuelle commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ont été publiées.

Ces candidatures seront ratifiées si la présidence n'a pas reçu d'opposition dans le délai d'une heure prévu par notre Règlement.

Discussion des articles
de la troisième partie (*Suite*)

ARTICLE 20

M. Jean-Noël Cardoux. – Voilà plusieurs années que j'incite à transférer la totalité de la dette résiduelle de l'Acoss à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Par cet article, le Gouvernement le fait à hauteur de 15 milliards d'euros. C'est bien mais pas assez. Il reste 11 milliards en déshérence à l'Acoss. On nous dit que le reste sera amorti par les excédents du régime général de la sécurité sociale, mais ceux-ci ont été calculés selon une précision de croissance optimiste qui n'est plus d'actualité. Il aurait été plus prudent de tout transférer à la Cades. Comment être certain que les 11 milliards restants seront amortis ? D'autant que les taux d'intérêts risquent d'augmenter.

Dans une logique parfaitement vertueuse, il aurait été préférable également de ne pas modifier la date d'expiration de la Cades en augmentant de quelques dixièmes de points la CRDS, quitte à diminuer d'autant la CSG. On aurait ainsi remis les compteurs à zéro et on aurait associé le remboursement de la dette sociale à l'extinction de la dette sociale.

M. Éric Bocquet. – Cet article nous ramène à la question cruciale de la dette. Il procède à la consolidation de la dette sociale en soldant le déficit de l'Acoss dans les comptes de la Cades.

Les 15 milliards d'euros de recettes fiscales dégagées permettent d'amortir une partie de la dette sociale qui a atteint 120 milliards et qui ne devrait plus se monter qu'à 105 milliards cette année.

Cependant, la Cades détient aussi des titres de créance : elle consacre chaque année environ 3 milliards de ses recettes à payer les intérêts de ses emprunts. Nos compatriotes ont consacré depuis 1996 une partie importante de leurs cotisations - entre 50 et 60 milliards - au remboursement de la dette sociale dont ils ne sont pas totalement responsables. Le savent-ils vraiment ?

Et savent-ils aussi que c'est la banque UBS dont on connaît les frasques qui gère en grande partie les placements financiers de la Cades ?

M. le président. – Amendement n°63, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 3

Remplacer les mots :

des branches mentionnés aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code

par les mots :

de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, du fonds mentionné à

l'article L. 135-1 du même code et de la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 dudit code

II. – Alinéa 4

Supprimer les mots :

des branches

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement transfère prioritairement à la Cades les déficits des branches et du fonds dont la trajectoire de solde rend le plus aléatoire le remboursement de la dette restante.

Dans cette optique, la branche maladie et le fonds de solidarité vieillesse doivent pouvoir transférer leur dette en priorité ; la branche famille, elle, devrait pouvoir financer ses déficits par elle-même. Quant à la branche vieillesse, elle n'a pas besoin de transférer de dette à la Cades.

Ce fléchage prioritaire ne remet pas en cause le transfert de la dette de l'Acoss à la Cades.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable à votre amendement qui modifie l'ordre des priorités.

L'amendement n°63 est adopté.

M. le président. – Amendement n°64, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Pour les années 2020 à 2023, la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale bénéficie du versement d'une fraction supplémentaire du produit des contributions mentionnées aux 1° et 3° du I et aux II et III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale correspondant, par rapport au produit perçu en 2019, à un montant de :

1° 1,5 milliard d'euros en 2020 ;

2° 3,5 milliards d'euros en 2021 ;

3° 5 milliards d'euros en 2023.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement tire les conséquences de la suppression de la répartition de la CSG entre administrations de sécurité sociale pour les années 2021 et 2022 à laquelle a procédé la commission à l'article 19.

Il importe, en revanche, de conserver le principe d'une majoration de la part dévolue à la Cades pour lui permettre de financer la dette qui lui sera transférée en application de l'article 20.

Il est également expressément indiqué que la Cades percevra un produit supplémentaire de 5 milliards en 2023 afin de boucler le financement de l'amortissement de cette nouvelle dette, ce que ne prévoit pas cet article.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°64 est adopté.

L'article 20, modifié, est adopté.

ARTICLE 20 BIS

M. Philippe Mouiller. – Cet article a été adopté discrètement par l'Assemblée nationale à la suite d'un amendement du Gouvernement. Il vise à abroger l'affiliation des élèves des lycées professionnels maritimes et des étudiants de l'École nationale supérieure maritime, au régime des marins. En effet, ces élèves et étudiants ne relèvent pas du régime spécifique des étudiants mais sont affiliés au régime spécial des marins, régime de sécurité sociale obligatoire (santé et retraite) des marins du commerce, de la pêche et de la plaisance professionnelle géré par l'ENIM.

Cet article intègre les élèves des lycées professionnels maritimes et les étudiants de l'ENSM dans le dispositif de droit commun. Toutefois, ce régime spécial des marins gère la caisse de retraite des marins du commerce, de la pêche et de la plaisance professionnelle. En adoptant cette disposition, on prive ce régime spécifique de nouveaux entrants.

À la veille de la grande réforme des retraites, cette mesure n'est-elle pas prématurée ? Cette mesure a-t-elle été prise en concertation avec les intéressés ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. – La loi pour la réussite et l'orientation des étudiants a supprimé le régime social étudiant, ce qui représente une économie de cotisation de 217 euros par étudiant et par an.

Les étudiants sont maintenus sur le régime de leurs parents jusqu'à l'âge de 24 ans puis ils basculent dans le régime général. Les étudiants marins faisaient exception. Cet amendement leur offre le même avantage de gratuité que les autres. Cette décision a été discutée avec le Conseil supérieur des gens de mer.

L'article 20 bis est adopté.

ARTICLE 20 TER

M. le président. – Amendement n°122 rectifié bis, présenté par MM. Fouché et Guerriau, Mmes Goy-Chavent et Vullien, MM. Wattebled, Decool, Chasseing, Moga, Delcros, Bas, Vogel, Chatillon, Bouloux et Babary, Mmes Morin-Desailly et de la Provôté et MM. Malhuret et Cambon.

Supprimer cet article

M. Daniel Chasseing. – Depuis 2000, les médecins et les psychologues experts judiciaires au civil et au pénal sont qualifiés de collaborateurs occasionnels du service public (COSP) soumis au régime général.

En 2014, un rapport a révélé que ces agents n'avaient jamais été déclarés par le ministère de la Justice ce qui signifie que le ministère a employé au noir pendant quinze ans des milliers de collaborateurs.

Pour régulariser cette situation, Mme Taubira a choisi par décret d'exclure du régime des COSP les experts désignés par le juge judiciaire.

Le Conseil d'État a annulé ce décret en mars 2017.

L'article 20 *ter* exclut aussi du dispositif des COSP l'ensemble des experts judiciaires, sans distinction, ni droit d'option. Cette situation affecte tout particulièrement les médecins légistes, psychiatres et psychologues dont les honoraires au pénal sont tarifés.

Alors qu'il existe aujourd'hui une grave pénurie de médecins experts auprès des tribunaux, les conséquences de leur exclusion du régime des COSP sans revalorisation suffisante du montant des expertises auront des effets désastreux sur le déroulé du procès pénal et de l'application des peines.

Aussi, cet amendement propose la suppression de cet article.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La commission partage votre préoccupation et elle a proposé que l'exclusion ne concerne que les experts déjà affiliés à un régime de travailleurs non salariés. Retrait ?

L'amendement n°122 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°65, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par les mots :

et qui sont affiliés à un régime de travailleurs non-salariés

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement maintient les experts relevant du régime général dans ce même régime quand ils sont requis, commis ou désignés par l'autorité judiciaire.

Comme cela était prévu par l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale avant son annulation par le Conseil d'État, seuls les experts déjà affiliés à un régime de travailleurs non salariés ne relèveraient pas du régime général.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La solution de la commission des affaires sociales est intéressante. Avis favorable.

L'amendement n°65 est adopté.

L'article 20 ter, modifié, est adopté.

L'article 20 quater est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°466 rectifié *bis*, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 20 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du dernier alinéa du XVI de l'article 50 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, les mots : « Dans un délai de six mois à compter de la remise de ce rapport » sont remplacés par les mots : « Au plus tard le 31 décembre 2019 ».

Mme Laurence Rossignol. – La Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav) - qui gère les régimes de base et complémentaire des professions libérales, a vu son périmètre redéfini dans la loi de financement pour 2018 : la Cipav est passée de 400 professions à 21. Toutes les autres professions sont affiliées au régime général. Cette caisse ne bénéficie donc plus de nouveaux flux de cotisations.

La Cipav a actuellement 16 milliards d'engagements de retraite et l'opération de transfert de près de 80 % de sa population adhérente risque de déstabiliser durablement le régime complémentaire de cette caisse et le régime de base des professions libérales.

L'article 50 de la loi de financement pour 2017 avait prévu un mécanisme de compensation financière devant être organisé par une convention-cadre. Cet amendement propose d'organiser la compensation financière avant le 31 décembre 2019 afin de neutraliser l'impact financier lié au transfert des adhérents.

Cet amendement m'a été suggéré à l'issue d'un entretien avec la Cipav : à mon sens, il défend l'équilibre du régime.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Cet amendement est légitime. Néanmoins, nous ne souhaitons pas que la réforme de la Cipav soit encore retardée. La proposition de Mme Rossignol est intéressante. Madame la ministre, où en est-on des transferts prévus ?

Avis défavorable à l'amendement pour ne pas rouvrir un dossier sur lequel nous avons déjà tranché.

Mme Laurence Rossignol. – Mais pourquoi cet avis défavorable ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Remettre en cause le rapport prévu pour le 31 décembre 2023 alors que le transfert vient de commencer ne permettrait pas d'avoir le recul suffisant et conduirait à des transferts inéquitables. Avis défavorable.

L'amendement n°466 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°468 rectifié *bis*, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 20 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 8° du XVI de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du quatrième alinéa, l'année : « 2019 », est remplacée par l'année : « 2021 » ;

2° Le sixième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Jusqu'à la date effective de la nouvelle affiliation, les travailleurs indépendants des professions libérales restent affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse. »

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 Laurence Rossignol. – Il est prévu d'opter pour un transfert d'affiliation vers le régime général au profit des adhérents actuels de la Cipav exerçant une profession ne relevant plus du nouveau champ d'affiliation de la caisse. Ce droit d'option peut s'exercer pendant une période limitée, du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023. En préalable, la loi de financement pour 2018 prévoit plusieurs dispositions réglementaires devant être prises avant le 31 décembre 2018 et indispensables à la mise en œuvre de ce droit d'option.

Or, à deux mois de l'entrée en vigueur de la mesure, aucune modalité d'application n'a été prise ni publiée. Cet amendement précise que jusqu'à la date effective de la nouvelle affiliation, les travailleurs indépendants resteront affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la Cipav.

Nous sommes le 15 novembre 2018 et les mesures réglementaires ne sont toujours pas publiées.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – La question de la date de la publication du décret est légitime. Il faut que les affiliés aient le temps de s'approprier les nouvelles règles. Avis défavorable dans l'attente de précisions de la part de la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Rassurez-vous, ces textes d'application sont à la signature du ministre et seront publiés avant le 1^{er} décembre 2018 : le droit d'option pourra entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Avis défavorable.

L'amendement n°468 rectifié bis n'est pas adopté.

ARTICLE 21

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article 21 porte sur les compensations des exonérations réductions et abattements des cotisations sociales qui font l'objet de l'annexe 5. Ces « niches sociales », qui se sont multipliées depuis les années 1990, sont censées réduire le coût du travail pour favoriser l'emploi ou augmenter le pouvoir d'achat. Aujourd'hui, leur coût atteint des montants records, puisqu'il est estimé à 63 milliards, pour le PLFSS 2019. Ces dispositifs sont autant de cadeaux aux grands patrons que vous chérissez tant.

Or, tout ce projet de budget a été construit autour de l'idée de désendettement de la Sécurité sociale. Lorsqu'on voit l'importance de ce manque à gagner pour notre sécurité sociale, on ne peut s'empêcher de penser que la dette sociale résulte de choix politiques que nous ne partageons pas. Il n'y a aucune preuve de l'efficacité des allègements de cotisations côté entreprise, en termes de création d'emploi. Quant aux salariés, ces exonérations compensent difficilement les diverses mesures d'austérité que le Gouvernement a imposées aux classes les plus populaires. De plus, vider les caisses de la sécurité sociale n'enrichit pas les salariés : les cotisations sociales sont un investissement pour l'avenir, une protection contre les mauvais jours. Si vous voulez réellement donner du pouvoir d'achat aux salariés, il faut vous attaquer au cœur du problème : la répartition des richesses qui est de plus en plus inégalitaire en France.

L'heure est grave pour nos concitoyens. Votre réforme mériterait une large concertation. Pourquoi ne pas organiser les états généraux de la sécurité sociale, comme le suggérait le président Milon ? Votre projet rompt avec les idéaux de la sécurité sociale.

L'article 21 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°513, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'impact des mesures d'exonération de cotisations sociales sur l'emploi, les salaires et l'investissement.

M. Fabien Gay. – Cet amendement d'appel est une demande de rapport pour évaluer l'impact des différentes mesures d'exonération de cotisations sociales.

Depuis les années 1990, les mesures d'exonération de cotisations sociales se sont multipliées jusqu'à constituer un manque à gagner de plus de 40 milliards d'euros pour la sécurité sociale. Sur les dix dernières années, le montant cumulé atteindrait 210 milliards.

Pourtant, le chômage de masse persiste, démontrant que ces exonérations ne favorisent en rien l'emploi.

Le CICE aura coûté la bagatelle de 99 milliards d'euros en six ans auxquels s'ajoutent les exonérations de cotisations patronales dès 2019, et cela pour 10 000 à 200 000 emplois créés, comme l'estime France Stratégie. Le ratio est édifiant et mériterait un petit débat politique.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Il s'agit d'une demande de rapport d'où notre avis défavorable. Les chiffres sont intéressants, cependant. Il suffit d'interroger le Gouvernement. Nul besoin d'un rapport.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je comprends votre souhait d'un rapport. Cependant, les exonérations de cotisations sociales font déjà l'objet d'un contrôle annuel qui figure dans l'annexe 5 du PLFSS. Les dispositifs de baisse du coût du travail font l'objet d'un contrôle indépendant dans le cadre du comité de suivi des aides aux entreprises, qui a remis début octobre un rapport sur le CICE. Avis défavorable.

M. Fabien Gay. – Monsieur le rapporteur général, le rapport du Comité de suivi de France Stratégie est clair. La commission des affaires économiques a auditionné M. Le Maire qui n'a pas contredit ces chiffres, à savoir 99 milliards d'euros sur six ans consacrés au CICE créé par le gouvernement précédent sous pression du patronat. « Donnez-nous de l'argent, on créera un million d'emplois » disait Pierre Gattaz. La fourchette des emplois créés est assez large, de 10 000 à 200 000 emplois, c'est une fourchette de 1 à 20 !

Votre Gouvernement a choisi de prolonger ce dispositif. Le ministre nous a promis la main sur le cœur que si cet argent n'allait pas à l'innovation et à l'emploi dans les entreprises, l'État prendrait ses responsabilités. Qu'est-ce que cela signifie ? Madame la ministre, les entreprises devront-elles rembourser les exonérations de cotisations sociales ?

Mme Laurence Cohen. – Très bien !

L'amendement n°513 n'est pas adopté.

*L'article 22 est adopté,
de même que les articles 23, 24 et 25.*

ARTICLE 26

M. le président. – Amendement n°383 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny. – L'article 26 présente la trajectoire pluriannuelle des recettes et dépenses de la sécurité sociale ainsi que l'Ondam de 2019 à 2022. Comme le dit la commission des affaires sociales : « le rabotage dès à présent de la fraction de TVA affecté à la sécurité sociale dans des proportions très

significatives et sans un quelconque accord du Parlement sur les principes devant régir à l'avenir les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, est *a minima* prématuré ».

Nous refusons la participation de la sécurité sociale aux allègements généraux et le transfert des excédents de la sécurité sociale au budget général de l'État.

Deux enjeux majeurs nous font face : la question de l'hôpital et la prise en charge de la dépendance. Voilà où les excédents devraient aller.

Enfin, un Ondam à 2,3 % permettra-t-il de financer la réforme du système de santé promise par le président de la République ?

Notre amendement vise à supprimer cet article et à promouvoir l'autonomie financière de la sécurité sociale.

M. le président. – Amendement identique n°514, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Laurence Cohen. – Pour 2019, l'augmentation de l'Ondam est fixée à 2,5 % et le Gouvernement s'en félicite. Depuis le début de nos débats, nous pointons le fait que c'est largement insuffisant pour des dépenses de santé qui augmentent de 4,5 % par an. Comment échapper dans ces conditions à des restrictions budgétaires ?

J'appelle cela un Ondam famélique. Le rapport économique, social et financier publié début octobre par la Direction du trésor établit qu'il faudra faire des économies de 3,8 milliards d'euros en 2019 si l'on veut respecter l'Ondam, soit 1,1 milliard sur le médicament, près de 2 milliards pour le régime général, et presque 1 milliard sur les hôpitaux qui sont dans une situation particulièrement difficile. Les moyens financiers et humains manquent. La réorganisation à elle seule n'y pourra rien.

Madame la ministre, ne soyez pas sourde à nos critiques.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général.* – Avis défavorable. Cette annexe contient des informations utiles. La commission des affaires sociales a déposé un amendement qui marque son opposition à la diminution programmée des flux de TVA vers la sécurité sociale. Ralliez-vous à cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, *ministre.* – La suppression de l'article serait censurée par le Conseil constitutionnel. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 383 rectifié et 514 ne sont pas adoptés.

Annexe B

M. le président. – Amendement n°98, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 43, tableau

1° Troisième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

225,7

par le nombre :

229,2

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

230,6

par le nombre :

235,6

2° Cinquième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

0,0

par le nombre :

3,5

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

0,0

par le nombre :

5,0

3° Dix-neuvième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

422,0

par le nombre :

425,5

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

432,6

par le nombre :

437,6

4° Dernière ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

1,6

par le nombre :

5,1

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

1,2

par le nombre :

6,2

III. - Alinéa 44, tableau

1° Troisième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

227,3

par le nombre :

230,8

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

232,2

par le nombre :

237,2

2° Cinquième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

0,0

par le nombre :

3,5

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

0,0

par le nombre :

5,0

3° Dix-neuvième ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

531,6

par le nombre :

535,1

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

544,3

par le nombre :

549,3

4° Dernière ligne

a) Avant-dernière colonne

Remplacer le nombre :

1,0

par le nombre :

4,5

b) Dernière colonne

Remplacer le nombre :

- 0,1

par le nombre :

4,9

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général*. – Cet amendement réajuste le tableau pour tenir compte de nos votes.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – Avis défavorable, car nous nous opposons à ce réajustement. Faisons le bilan des mesures adoptées depuis trois jours. Elles représentent un surcoût de 700 millions pour la sécurité sociale.

Le Sénat a adopté l'exonération des charges patronales des employeurs de sapeurs-pompiers volontaires, qui coûtera jusqu'à 500 millions d'euros à terme, dont plus de 100 millions dès 2019.

Vous avez voté quelque 250 millions d'euros d'exonérations supplémentaires consacrés aux outre-mer, ainsi qu'un renforcement des exonérations des particuliers en outre-mer pour un coût que nous ne pouvons déterminer.

Vous avez étendu la mesure d'atténuation du franchissement de seuil de CSG pour un montant de 100 millions ; la baisse du taux de la première part de la contribution « vente en gros » pour un coût de 75 millions ; vous avez rétabli le dispositif du TO-DE pour un coût de 50 millions. À cela s'ajoutent 40 millions pour le renforcement des exonérations des chambres consulaires et 10 millions pour le cumul emploi-retraite des médecins.

Au total, les 16 mesures adoptées remettent en cause les équilibres globaux. Au risque de faire un peu de provocation, il faudrait ramener la progression de l'Ondam à 2,1 %... Je me doute bien que ce n'est pas votre souhait.

M. Roger Karoutchi. – Mes amendements n'ont rien coûté, car aucun n'a été adopté - ni les chers, ni les pas chers. (*On s'amuse.*)

Avec tout le respect que j'ai pour vous, madame la ministre, le Parlement, sauf changement constitutionnel imprévu, a la prérogative de voter la loi. Le Gouvernement propose, le Parlement vote. Même si c'est ennuyeux pour vous, l'équilibre des pouvoirs est tel dans notre système constitutionnel. Et il faut que ce que le Parlement vote s'applique, même dans le nouveau monde. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

M. Alain Milon, président de la commission. – Madame la ministre, vous arrivez à un montant de dépenses supplémentaires de 700 millions d'euros. Encore faudrait-il nous accorder sur les montants. La mesure sur les pompiers coûtera beaucoup moins que ce que vous avez évalué. À l'Assemblée nationale, vous avez accepté 400 millions de dépenses supplémentaires. Au Sénat, nous en avons adopté pour 600 millions. Les mesures supplémentaires de l'Assemblée nationale et du Sénat se chiffrent donc à 1 milliard. Peut-être sont-ils à trouver du côté des organismes complémentaires d'assurance-maladie. (OCAM) ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – Madame la ministre, j'ai déjà entendu ce discours de la part du gouvernement précédent.

M. Philippe Dallier. – Et de ceux d'avant ! (Rires)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – C'est une dérive de la lecture des institutions. Le Parlement vote la loi, pas le Gouvernement. Si le Gouvernement se concertait davantage avec les parlementaires et dépassait le cadre de son cabinet, les votes seraient plus concordants.

Les mesures que vous proposez ne sont pas forcément populaires, ni approuvées par le Parlement.

Le talent s'exerce à droite comme à gauche sur ces bancs. Les membres de votre cabinet n'ont pas forcément l'expérience du terrain que nous avons dans cet hémicycle. Vous auriez tout intérêt à écouter cette expérience ; cette écoute ne peut intervenir qu'en amont de l'élaboration du budget. Ne manquez pas ce qui pourrait être un tournant essentiel par rapport à l'ancien monde. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UC et Les Républicains*)

Mme Laurence Cohen. – Monsieur Karoutchi, vous n'êtes pas le seul dont les amendements ont été refusés. (*Sourires*) Tous les amendements susceptibles de générer des recettes que le groupe communiste républicain citoyen et écologiste a présentés ont été repoussés.

Le jeu parlementaire est sérieux : il s'agit d'établir le budget à force de propositions et de contre-propositions.

Sur les bancs de droite, on a proposé des amendements visant à alléger les cotisations patronales. Nous vous proposons des recettes nouvelles, en sanctionnant la fraude aux cotisations patronales par exemple, qui coûte 25 milliards d'euros, ou le travail dissimulé. Vous avez refusé nos offres. Pourquoi ?

M. Michel Magras. – Le Gouvernement a choisi de transformer le CICE en exonération de charges, mais rien ne l'obligeait à revenir sur les exonérations Lodeom qui étaient en train de porter leurs fruits. Les amendements que nous avons proposés sur l'outre-mer ne visaient qu'à nous rapprocher de l'existant.

Leur coût restait bien inférieur aux dispositions en vigueur jusqu'à l'an dernier. Vous étiez en train de faire disparaître du budget de l'outre-mer des aides fondamentales pour le développement économique. Nous ne pouvions l'accepter.

Le choix du Gouvernement d'orienter les aides uniquement vers les bas salaires risque de smicardiser les outre-mer.

M. Marc Laménie. – Je soutiens la position du rapporteur général. Les chiffres sont arides, avec 700 millions d'euros de dépenses supplémentaires. Beaucoup de collègues ont déposé des amendements, tous respectables. Les deux rapports sur le PLFSS résultent d'un travail de fond accompli par la commission des affaires sociales et la commission des finances. Le bicamérisme contribue à l'approfondir.

Mon collègue d'outre-mer a raison, il n'y a pas que l'Hexagone qui compte.

M. Michel Amiel. – La ministre n'a pas remis en cause le rôle du Parlement. L'addition au final des amendements est lourde et elle déséquilibre le budget. Arrêtons avec ces polémiques stériles. On a balayé d'un revers de main la disparition du déficit, ainsi que celle de la dette en 2024.

Le groupe communiste est cohérent.

Tout le monde est à peu près d'accord sur le fait que l'Ondam tendancier est à 4,5 %. Par rapport à l'objectif de 2,5 % que nous avons voté, il est vrai que la différence est grande.

Rien qu'en réduisant les actes inutiles ou redondants, on reviendrait à 2,5 %, sans faire d'économies inutiles. Il faudra donc forcément passer par une réforme de structure de la santé. Ce n'est qu'à ce prix que l'on pourra aussi bien soigner en ville qu'à l'hôpital, sans dépense excessive.

M. René-Paul Savary. – Nous n'avons pas les mêmes chiffres ! Madame la ministre, l'on parvient à un total de 700 millions d'euros. Cela TTC, en incluant les taxes que vous imposez aux Français ! Si l'on retire certains dispositifs, nos calculs sont très différents.

J'évalue la mesure d'exonération sur les sapeurs-pompiers volontaires à 50 millions d'euros. Quant aux exonérations sur les TO-DE, ce sont 30 millions et non 50 millions d'euros. Enfin, le coût du soutien aux chambres consulaires - environ 40 millions - n'est rien comparé aux ponctions que vous leur avez infligées l'an dernier.

De même, l'élévation à 30 000 euros du cumul emploi retraite pour les médecins ne coûterait que 10 millions d'euros. Nous vous soumettons des pistes de réflexion qui correspondent aux préoccupations des Français. On passe des tuyaux percés, avec des fuites, des déficits, aux tuyaux bouchés, avec des régurgitations... Au total, vous prélevez bien

davantage, avec 2,6 milliards, que ce que nous avons fait avec 700 millions.

Essayez d'écouter les propositions sénatoriales : à l'article 44, nous aurons une vraie divergence. Nos propositions répondent aux préoccupations des Français, notamment des retraités, contrairement aux vôtres. Par pitié, révisez vos calculs !

M. Philippe Dallier. – Si l'État compensait le coût des exonérations au budget de la sécurité sociale, il n'y aurait plus de problème. Aujourd'hui, les 700 millions d'euros dont le Parlement a décidé ne susciteraient aucune question.

Actuellement, on met la sécurité sociale en difficulté et ensuite on reproche au Parlement de voter des mesures. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains, UC et sur quelques bancs du groupe CRCE*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'ai manifestement touché une corde très sensible en osant un trait d'humour... (*Exclamations à droite*) J'ai simplement présenté l'addition des mesures proposées.

Nous pouvons tous nous réjouir de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Il ne me venait pas à l'esprit de remettre en cause les droits du Parlement !

Je sais que vous êtes sensibles comme moi à l'équilibre des comptes. Après avoir voté des dépenses supplémentaires, il faudra passer aux économies à faire... C'est toujours plus difficile et loin du traditionnel affrontement entre ministre des affaires sociales et ministre des comptes publics ; comme Gérard Darmanin, je pense que les dépenses publiques, d'où qu'elles viennent, quelle que soit leur nature, servent les Français. Elles sont payées par eux. On ne peut pas faire une dichotomie entre les dépenses sociales et les autres. *In fine*, ce sont bien, effectivement, toujours les Français qui paient.

Je cherche à réduire les dettes de la France en général. Mais passons donc aux économies ! (*M. Martin Lévrier applaudit.*)

L'amendement n°98 est adopté.

L'article 26, modifié, est adopté.

La troisième partie du PLFSS est mise aux voix par scrutin public de droit.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°18 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption.....	232
Contre	110

Le Sénat a adopté.

Discussion des articles de la quatrième partie

ARTICLE 27

M. Bernard Jomier. – Cet article porte sur le paiement selon la qualité des soins dans les établissements de santé. La dotation reposant sur la qualité s'élèvera à 300 millions d'euros. Les indicateurs seront définis en 2019, après concertation, pour des effets sur les paiements en 2020 dans les soins de suite et l'hospitalisation à domicile, et 2021 pour la psychiatrie.

Madame la ministre, pourriez-vous nous préciser toutefois le calendrier au cours de 2019 ? En particulier, les 300 millions d'euros dont il est question seront-ils dépensés en 2019 si les indicateurs ne sont pas au point ? Comment s'articule ce projet avec les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) ?

Mme Esther Benbassa. – Depuis 2016, existe un système de rémunération en fonction du respect par le secteur hospitalier de certains critères de qualité. Il s'y ajoute une incitation à faire des économies.

Cet article renforce ce mécanisme en l'élargissant aux hôpitaux psychiatriques d'ici à trois ans, mais aussi en mettant en place, à partir de 2020, un système de pénalités pour les centres hospitaliers ne parvenant pas à respecter les critères budgétaires et qualitatifs. Cette méthode punitive du Gouvernement n'est pas la plus efficace et fait l'impasse sur le fait que les hôpitaux ne dispensant pas de soins de qualité, ne le peuvent pas, faute de moyens. Il faudrait plutôt les aider, que les sanctionner, de manière particulièrement contreproductive, équivalant à une double peine.

M. Jean-Louis Tourenne. – Des amendements vont vers le succès, d'autres vers l'échec, enfin d'autres n'accèdent jamais à la lumière, dès lors qu'ils ont été déclarés irrecevables. Si tel n'avait pas été le cas, j'aurais souhaité défendre l'expérimentation pour cinq ans de la création d'infirmières référentes, pour l'intervention à domicile permettant de faciliter la prise en charge du grand âge : on compte ainsi en France 700 000 patients dépendants. Cela permettrait aussi d'éviter des allers-retours pas toujours fondés à l'hôpital et serait donc source d'économies.

Les infirmières de famille, référentes, existent dans tous les pays européens et le programme 21 de l'OMS recommande leur mise en place. La recherche de coordination est une constante de nos politiques. Les infirmières référentes y participeraient.

M. Philippe Mouiller. – Malgré les évolutions de l'Ondam en 2019, les hôpitaux souffrent d'un manque de moyens cruel. Il faut donner un coup d'arrêt à la baisse des tarifs, ne plus faire de l'hôpital la variable d'ajustement, renforcer certains services comme la psychiatrie qui souffre d'un manque évident d'effectifs. Il y a une trop grande inégalité territoriale.

L'hôpital de Niort en pâtit cruellement. L'équilibre des comptes publics, oui mais à quel prix ?

Mme Laurence Cohen. – L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) sera étendue à la psychiatrie. Or dans quel état sont les hôpitaux psychiatriques ? Nous avons tous entendu leurs appels au secours. Je pense au personnel de l'établissement du Vinatier à Bron qui dénonce la dégradation des conditions de prise en charge des patients, au personnel du centre hospitalier Alpes-Isère de Saint-Egrève qui dénonce la maltraitance institutionnelle, ou à celui de l'hôpital Pinel d'Amiens, qui a lutté pendant plus de cent jours pour obtenir des postes supplémentaires, ou encore à la fusion des établissements psychiatriques parisiens.

Oui, l'hôpital psychiatrique est en grande souffrance. Or, étendre l'IFAQ à la psychiatrie dégradera sa situation. Les soins psychiatriques doivent être personnalisés. Il n'y a rien dans le PLFSS en faveur de la psychiatrie.

Quelles mesures concrètes êtes-vous en capacité de nous annoncer pour une psychiatrie humaine et de secteur ?

M. le président. – Amendement n°515, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Vous voulez renforcer la qualité et la sécurité en vous appuyant sur l'IFAQ, qui représente 15 000 à 500 000 euros selon les établissements. Mais les critères de validation des critères sont détournés pour justifier la fermeture des établissements de proximité. Les hôpitaux subissent un désinvestissement continu depuis des années du budget de la sécurité sociale et en plus avec cet article, ils seront pénalisés du fait même de ce désinvestissement. Étendre ce dispositif à la psychiatrie dès 2020 va renforcer les inégalités, difficultés financières de ce secteur et la mise en concurrence des établissements.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie.* – Introduire un indicateur de qualité des soins était l'une de nos propositions, avec Alain Milon, de notre rapport de 2012 sur la T2A. L'expérience des patients est déjà prise en compte par l'indicateur I-Satis. Cet article va dans le bon sens, par conséquent, avis défavorable à sa suppression.

Mme Agnès Buzyn, *ministre.* – Avis évidemment défavorable. Nous souhaitons faire monter en charge le dispositif qui incite les établissements à faire mieux au bénéfice des patients. Les indicateurs sont définis et réévalués tous les trois ans par la Haute Autorité de santé (HAS) pour éviter les biais. Aujourd'hui, il y a dix indicateurs maximum par champ.

Le but est de basculer une partie du financement de la T2A vers un financement à la qualité pour inciter

à faire mieux plutôt qu'à multiplier les actes. Nous voulons parvenir à des indicateurs de résultat.

Nous ne sommes pas le seul pays à développer des indicateurs de qualité. L'état de la psychiatrie française est dû à un faible investissement depuis des années, à la faible démographie des psychiatres, notamment à l'hôpital, la rémunération étant bien plus avantageuse en ville - j'ai d'ailleurs ouvert des postes de pédopsychiatres à l'hôpital, en lien avec Mme Vidal -, et enfin à une dérive des pratiques. Celles-ci relèvent parfois d'un autre âge ! Parfois des établissements ne parviennent pas à recruter parce que personne ne veut aller y travailler. Je serai intraitable contre certaines pratiques. Les hôpitaux psychiatriques ne doivent pas échapper à notre volonté d'améliorer la qualité des soins.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Comment faire mieux quand on réduit les moyens ? Quand le personnel est submergé par le travail, qu'il est en souffrance ?

M. Michel Amiel. – Merci à la ministre d'avoir pris en charge le problème de la pédopsychiatrie.

La psychiatrie reste une spécialité sinistrée en France. C'est aussi le fruit de l'histoire, en particulier de la fermeture de lits hospitaliers. La pédopsychiatrie a besoin de moyens supplémentaires, pas uniquement à l'hôpital. La prise en charge précoce éviterait des taux de morbidité importants et engendrerait des économies.

M. Alain Milon, *président de la commission.* – Madame Apourceau-Poly, il n'y a pas moins de moyens. Un Ondam à 2,5, c'est 4 milliards de dépenses supplémentaires.

Oui, la psychiatrie est en état d'urgence, or les hôpitaux psychiatriques ne sont pas soumis à la T2A, mais à la dotation annuelle de fonctionnement, ce qui n'est pas le meilleur système.

Après la mise en place de la T2A, on a baissé les tarifs. On n'a pas joué le jeu. La T2A a été mise en place en 1982 aux États-Unis, en 2004 en France. Mais aux États-Unis, on comptait 180 indicateurs stables, tandis qu'en France les 253 indicateurs sont en constante diminution. Les professionnels de santé ont besoin de stabilité.

Mme Laurence Cohen. – La psychiatrie a besoin de faire l'objet d'un débat poussé. La pédopsychiatrie manque de moyens, mais il faut aussi réfléchir à l'organisation de la prise en charge. Certains responsables prônent le regroupement des centres médico-psychologiques (CMP) tout en vantant la proximité. C'est incohérent.

Effectivement, certaines pratiques sont condamnables, mais si l'on veut des moyens, il faut aussi penser à la formation des médecins, des infirmiers et des infirmières. La contention est par exemple une solution quand on manque de bras.

Une loi doit donner les moyens humains et financiers et le recadrage nécessaire à la psychiatrie du XXI^e siècle.

M. Daniel Chasseing. – Actuellement, trois quarts des établissements de santé ont des difficultés financières.

La T2A n'est pas entièrement satisfaisante mais les responsables hospitaliers y sont plutôt favorables.

L'extension du dispositif de rémunération à la qualité est positive.

Au-delà des sanctions, il faut proposer des mesures d'accompagnement en faveur des services hospitaliers.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les indicateurs de qualité, prescrivent par exemple de se laver les mains avant d'entrer dans la chambre d'un patient ou de suivre une *check list* au bloc. Ce n'est pas une question de moyens !

J'ai présenté une feuille de route pour la psychiatrie le 28 juin dernier, car c'est une priorité pour moi. Il y aura des moyens financiers dans le plan « Ma santé 2022 ». Il faut obliger les territoires à se doter d'un plan de parcours coordonnés. J'ai inscrit l'engagement de créer des spécialistes de pratiques avancées en psychiatrie. J'ai installé et je participe personnellement au comité de suivi que je réunis tous les six mois.

Nous travaillons, dans la concertation, sur l'amélioration des pratiques et la couverture des territoires.

L'amendement n°515 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°455 rectifié, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

Ces indicateurs prennent en compte :

II. – Après l'alinéa 6

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...) Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés.

« - le programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences prévu dans le cadre du schéma régional de santé par l'article L. 1434-2 du code de la santé publique ;

« - la mise en place d'une politique interne de prévention et de lutte contre les comportements des personnels pouvant être perçus comme préjudiciables par les patients et les patientes, en particulier dans les domaines gynécologiques et obstétricaux. » ;

Mme Laurence Rossignol. – Depuis le rapport du Haut conseil à l'égalité sur les violences obstétriques

ou gynécologiques, on sait qu'elles concernent les patientes comme les professionnels. L'article 27 améliore la qualité des soins. C'est pourquoi nous prônons la mise en place d'une politique interne de prévention et de lutte contre les comportements pouvant être perçus comme préjudiciables par les patients et les patientes, en particulier dans les domaines gynécologiques et obstétricaux.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a consacré un rapport à ce sujet en juin dernier. La commission des affaires sociales souhaite que ses recommandations soient appliquées. Toutefois, cibler la dotation avec ce critère n'est pas opportun. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous sommes tous concernés par les violences faites aux femmes. Votre proposition est compliquée. Le principe des indicateurs, c'est l'automatisme du recueil. Toutefois, il y a déjà des éléments dans I-Satis.

Avis défavorable à la création d'un indicateur supplémentaire.

L'amendement n°455 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°66, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les indicateurs pris en compte ne peuvent être identiques à ceux fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de sécurité sociale pour l'application de la sanction financière prévue par le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du même code.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'article 27 renforce la portée de la dotation IFAQ d'incitation à la qualité et à la sécurité des soins des établissements de santé en assortissant la non-atteinte des résultats d'un mécanisme de pénalité financière.

Nous partageons cet objectif. Toutefois, l'articulation des différents instruments d'incitation à la qualité devient peu lisible : le Caqes mis en place en 2016 est également assorti d'un mécanisme d'intéressement et de sanction. Même si les deux outils pourraient être complémentaires, il n'est pas exclu qu'ils reposent sur des indicateurs communs.

L'amendement vise à éviter, le cas échéant, toute possibilité de « double peine » pour les établissements de santé. Il est aussi nécessaire de clarifier l'articulation entre les outils existants pour renforcer la lisibilité de la politique menée dans ce domaine.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ? Les indicateurs sont très différents. Le Caqes est passé avec l'établissement au cas par cas sur des objectifs très larges, par exemple sur les génériques ou le transport, tandis que l'IFAQ vise des actes précis. Les

ARS seront attentives, mais le risque d'une double peine est très faible.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'entends les propos de la ministre. Il ne faudrait pas de double peine, on tirera un bilan l'an prochain.

L'amendement n°66 est retiré.

M. le président. – Amendement n°67, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 10

Compléter cet alinéa par les mots :

et propose des mesures d'accompagnement

II. – Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« L'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière présente un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaboré dans les conditions prévues aux articles L. 6144-1 ou L. 6161-2-2 du code de la santé publique. » ;

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement assortit l'avertissement donné par l'ARS à l'établissement n'atteignant pas les objectifs de qualité fixés une année donnée, de la proposition de mesures d'accompagnement, afin d'aider l'établissement à atteindre ces objectifs.

Il s'agit ensuite de confirmer le principe de l'obligation de présenter un plan d'amélioration de la qualité par l'établissement faisant l'objet d'une pénalité financière, ajouté par l'Assemblée nationale, tout en associant la commission ou conférence médicale d'établissement à son élaboration.

M. le président. – Amendement n°437 rectifié *ter*, présenté par Mme Jasmin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par les mots :

et il lui fait des préconisations correctives soutenables et personnalisées en fonction de l'établissement concerné

Mme Victoire Jasmin. – Cet amendement s'inscrit dans le cadre des démarches de certification et d'accréditation qualité entreprises par nombre d'établissements de soins en France. La plupart des établissements répondent à des référentiels établissements dont les critères ne sont pas toujours pertinents. Il faudrait aussi une prise en compte systémique. Les soins dépendent des fonctions support.

Alors que les moyens manquent, vous cherchez à taxer les établissements. Au lieu de sanctionner les manquements, il faut valoriser ce qui est fait.

La prise en charge des patients dépend d'un éventail de critères très vaste. Il faut prendre en

compte l'interdépendance des différents services, qui manquent de moyens.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'objet de cet amendement est le même que celui de la commission des affaires sociales, c'est-à-dire un accompagnement des établissements dès l'avertissement. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je comprends la demande, mais en réalité les ARS accompagnent déjà les établissements dès le début.

Demande de retrait de l'amendement n°437 rectifié *ter* au profit de l'amendement n°67 auquel je suis favorable.

M. René-Paul Savary. – Très bien.

Mme Victoire Jasmin. – Soit. J'espère que le Gouvernement entendra le message et le traduira en actes.

*L'amendement n°437 rectifié *ter* est retiré.*

L'amendement n°67 est adopté.

M. le président. – Amendement n°119 rectifié, présenté par Mme Conconne, M. Antiste, Mme Jasmin, MM. Lurel et Iacovelli, Mme G. Jourda, M. Duran, Mme Conway-Mouret, M. Lalande, Mmes Guillemot et N. Delattre, MM. Manable et P. Joly et Mme Artigalas.

Alinéa 15

Compléter cet alinéa par les mots :

et le 1^{er} janvier 2022 pour les collectivités de Martinique, de Guadeloupe et de Guyane

Mme Victoire Jasmin. – En Martinique, Guadeloupe et Guyane, les centres hospitaliers connaissent des difficultés financières et matérielles considérables. En Martinique, certains travaux ont été négligés pendant des années. En Guadeloupe, le CHU a été quasiment anéanti cette année par un incendie.

Pour ne pas pénaliser davantage des établissements déjà fragiles, cet amendement repousse de deux ans l'application, dans ces territoires, des pénalités financières si les seuils de qualité ne sont pas atteints pour certains indicateurs.

Je vous invite à vous référer au rapport de la commission des affaires sociales sur la situation des établissements. La stratégie de transformation du système de soins pour 2022 est en cours à la Guadeloupe avec l'ARS, dans la collégialité. Je souhaite que le Gouvernement fasse preuve de tolérance à l'égard des établissements en cours de reconstruction.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission a pris la mesure des difficultés que traversent les établissements outre-mer ; une délégation s'était rendue en avril en Guadeloupe et en Guyane. Le directeur de l'ARS peut déjà prendre en compte la situation des établissements pour apprécier

la pertinence de la sanction. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La situation des établissements ultramarins est compliquée, notamment en Guadeloupe avec l'incendie du CHU. Toutefois, cet amendement enverrait un mauvais signal, laissant croire que nous serions plus tolérants des mauvaises pratiques outre-mer. L'ARS qui accompagne la réorganisation des CHU, veillera à ce que les sanctions soient appliquées en fonction des circonstances. Le malus est progressif : la sanction ne tombe qu'après des avertissements adressés les deux années précédentes.

L'ARS dispose déjà d'un pouvoir d'appréciation au cas par cas. Retrait ou avis défavorable.

Mme Victoire Jasmin. – Soit. Mon amendement visait à accroître la transparence.

L'amendement n°119 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°68, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par les mots :

, et n'est pas prise en compte pour l'appréciation de la pénalité financière mentionnée au II du même article

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'année blanche prévue en 2020 pour le test des indicateurs de qualité et de sécurité de soins en psychiatrie ne donnera pas lieu au versement de la dotation IFAQ pour les établissements les plus vertueux ; elle n'a pas à être prise en compte pour l'appréciation de la sanction en cas de la non-atteinte des résultats.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cela va sans dire, mais cela va mieux en le disant ! Avis favorable.

L'amendement n°68 est adopté.

L'article 27, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°516, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Mme Laurence Cohen. – Des sanctions financières peuvent être imposées aux 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 (Caques). Ce contrat, créé par la loi de financement de la sécurité sociale 2016, vise à améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et prescriptions et à réduire les dépenses

d'assurance-maladie. L'objectif est toujours de faire des économies...

Certes, il faut des indicateurs pour mesurer la pertinence des soins. Mais pourquoi prévoir de sanctionner les établissements ? Quand il s'agit d'entreprises, le Gouvernement préfère l'incitation. Deux poids, deux mesures...

Pourquoi pas des indicateurs sur les conditions de travail, le mal-être dans les établissements de santé, la qualité du dialogue social ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous nous étions interrogés l'an dernier sur l'application de sanctions pour les établissements n'ayant pas conclu de Caques. Dans certaines régions, les ARS imposaient un nombre d'indicateurs parfois déraisonnables... Où en est-on, madame la ministre ?

Retrait de l'amendement, car des sanctions peuvent être utiles en dernier recours pour faire pression sur des établissements réfractaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'avais annoncé l'an dernier qu'il n'y aurait pas de sanctions avant 2020. Il n'y en a jamais eu. C'est un instrument de dernier recours en cas de blocage.

Lorsque j'étais à la HAS, j'avais demandé qu'une réflexion soit lancée sur la gestion des ressources humaines et la qualité de vie au travail lors de la révision du manuel de certification. Elle a été engagée.

Les indicateurs doivent être objectifs, scientifiquement démontrés et facilement récupérables. Plus ils sont qualitatifs, moins ils sont robustes. La qualité de vie au travail peut s'évaluer dans le cadre de la certification, avec les experts-visiteurs. La nouvelle version de la certification 2020 devrait inclure ces éléments. Avis défavorable, même si votre remarque est pertinente.

Mme Laurence Cohen. – J'apprécie que nos remarques soient entendues. Elles sont inspirées par les remontées du terrain. Nous avons constaté une grande souffrance au travail, car trop d'hôpitaux sont gérés comme des entreprises, avec un « management » qui n'est pas adapté aux établissements de santé. Nous dénonçons depuis longtemps la T2A ou le *numerus clausus*. Manifestement, nous avons raison trop tôt... Je maintiens cet amendement, car il est important d'alerter sur ces sujets.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Une précision : la HAS vient d'intégrer l'indicateur de qualité de vie au travail dans la version actuelle de la certification. J'ai travaillé à l'hôpital public pendant 25 ans, j'en connais les difficultés.

M. René-Paul Savary. – C'est vrai, mais veillez à ne pas créer d'usine à gaz. Le temps consacré par les équipes à la certification ne l'est pas aux malades. Au CHU de Reims comme dans un petit hôpital de proximité de la Marne, la préoccupation est la même :

le manque de temps pour les patients. Attention à ne pas instituer de critères complexes ou chronophages.

L'amendement n°516 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°260 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Micouleau, M. Morisset, Mme Gruny, MM. Vaspart, D. Laurent et Bouchet, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, Mouiller et Magras, Mmes Deromedi, M. Mercier, Garriaud-Maylam et Lassarade, MM. Chaize, Sol et Mandelli, Mmes A.M. Bertrand et Deseyne, MM. del Picchia et Laménie, Mmes Lherbier, Delmont-Koropoulis et Berthet, MM. Poniatowski et Dériot et Mme Lamure.

Après l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L 162-30-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Mme Corinne Imbert. – Avec l'instauration d'un système de sanction dans le dispositif IFAQ, une double sanction existe désormais avec le Caqes. Le risque de double peine, quoique faible, existe. Je rejoins M. Savary : faisons simple, sans pour autant transiger avec la qualité.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Retrait ? L'amendement illustre la complexité des démarches de qualité demandées aux hôpitaux. Le Gouvernement devrait rechercher la lisibilité. Les indicateurs sont trop nombreux et les établissements ont du mal à y répondre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le Caqes vise la pertinence de la gestion de l'hôpital, la rationalisation des achats ou l'emploi des génériques. L'IFAQ concerne la qualité des pratiques de soins, la sécurité des malades. Les objectifs sont donc très différents, même si le terme de « qualité » est utilisé dans les deux cas.

Oui monsieur Savary, il faut éviter de créer des usines à gaz. Les indicateurs devront être à la fois scientifiquement prouvé et faciles à récupérer.

Enfin, la certification n'est pas annuelle : les procédures sont renouvelées tous les six ans pour les établissements certifiés de niveau A, tous les quatre ans sinon. À la HAS, j'ai fait évoluer la certification pour la simplifier et la rapprocher des pratiques médicales. Ma volonté est bien de rendre du temps médical et de le recentrer sur la pratique de soins. Avis défavorable.

M. René-Paul Savary. – Je ne doutais pas que vous partagiez nos préoccupations. L'accréditation des laboratoires a également conduit les hôpitaux périphériques à changer leurs pratiques, à tout réorganiser. Des mesures simples existent pourtant : ainsi, le risque infectieux, la transmission de maladies nosocomiales sont réduits par l'utilisation de poignées en cuivre. Une mesure simple, mais qui suppose des moyens. Chacun devrait s'inspirer de ce que nous avons fait dans la Marne.

Mme Corinne Imbert. – Je retire mon amendement mais une clarification des indicateurs serait bénéfique, tant pour les établissements que pour les patients.

L'amendement n°260 rectifié bis est retiré.

ARTICLE 28

M. le président. – Amendement n°217 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Capus, Guerriau, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Bonhomme, Louault, Huré et Magras, Mme Malet, M. Nougéin, Mme Lopez, MM. L. Hervé, del Picchia et H. Leroy, Mme Perrot et MM. Gremillet et Malhuret.

Après l'alinéa 1

Insérer les trois alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 162-1-13, il est inséré un article L. 162-1-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-13-... – Afin d'améliorer le parcours de soins pour des patients atteints de pathologies chroniques, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-22-1, peut donner lieu, par dérogation aux mêmes articles, à une rémunération forfaitaire, lorsque les professionnels exercent dans le cadre de structures coordonnées.

« Les modalités en sont définies par l'accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1. » ;

M. Daniel Chasseing. – L'article 28 prévoit une rémunération au forfait pour les pathologies chroniques telles que le diabète et l'insuffisance rénale, dans les hôpitaux.

Notre amendement étend ce forfait aux professionnels libéraux qui suivent 90 % du parcours de ces patients, qui ne restent pas exclusivement en milieu hospitalier.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il est vrai que la prise en charge des pathologies chroniques repose en grande partie sur la médecine de ville. Nous souhaiterions que la forfaitisation soit étendue à celle-ci pour éviter les actes redondants et améliorer la coordination.

Toutefois, l'amendement accentuerait le cloisonnement entre l'hôpital et la médecine de ville. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je rejoins votre constat. Nous avons commencé par tarifier au forfait le parcours au sein de l'établissement car nous étions prêts. Nous l'étendrons à la médecine de ville dans le PLFSS 2020, le temps de mener les concertations nécessaires avec les professionnels. La démarche est engagée.

L'amendement n°217 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°351 rectifié *bis*, présenté par Mmes Boulay-Espéronnier et Dumas, M. Danesi, Mme L. Darcos, MM. Bonhomme, Sido et Cambon, Mme Deromedi, MM. Grand, Mandelli, Bascher et Brisson, Mme Gruny, M. Priou, Mme N. Delattre, M. Gremillet et Mme Renaud-Garabedian.

Alinéa 3

Remplacer les mots :

dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

mentionnées à l'article L. 324-1

M. Max Brisson. – Nous élargissons la rémunération forfaitaire à l'ensemble des affections de longue durée (ALD). La prévention, l'éducation du patient et la coordination des soins sont indispensables pour une prise en charge de qualité et un parcours de soins efficient.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le financement forfaitaire repose sur l'élaboration de référentiels de prise en charge conduits par la HAS. La généralisation à toutes les ALD est certes souhaitable, mais n'est pas réaliste dès maintenant. Avançons avec pragmatisme, pathologie par pathologie. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – En effet, nous prévoyons d'élargir progressivement le dispositif à davantage de pathologies mais cela nécessite une concertation avec les professionnels qui établissent les référentiels de parcours. Nous ne sommes pas encore prêts. Nous avançons progressivement pour ne pas déséquilibrer notre modèle. Retrait, sinon rejet.

L'amendement n°351 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°403 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dès 2019, cette liste de pathologies chroniques comprend le diabète et l'insuffisance rénale. Dans le cas de cette dernière, trois rémunérations forfaitaires sont créées afin de couvrir les trois parcours de soins des patients, à savoir la prévention, la dialyse et la transplantation. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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.

M. Yves Daudigny. – L'insuffisance rénale affecte plus de 170 000 patients et coûte 3,4 millions d'euros à l'assurance-maladie. La dialyse à domicile reste marginale : elle n'est utilisée que dans 6,3 % des cas. La Cour des comptes préconise une prise en charge plus efficiente. Le PLFSS comme le plan Ma Santé 2022 ouvrent des perspectives, avec un financement au forfait dès 2019. Toutefois, cela incitera les établissements de santé à privilégier les prises en charge les plus lourdes et les plus rémunératrices. Pour l'éviter, forfaisons simultanément la prévention, la dialyse et la transplantation.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cela permettrait en effet de limiter la prise en charge hospitalière de traitements lourds et coûteux. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou avis défavorable. Nous avons centré la forfaitisation sur la pré-suppléance, le stade avant la dialyse. Avant de l'étendre progressivement à la suppléance, il nous faut travailler avec les professionnels et définir des référentiels de bonnes pratiques, sans quoi on nous reprocherait une approche administrative de la santé ! Pour l'instant, il est trop tôt.

De plus, ces éléments sont du domaine réglementaire : le dispositif doit pouvoir évoluer dans le temps.

M. Michel Amiel. – Je me réjouis de cette coordination entre ville et hôpital, c'est une petite révolution. J'en profite pour évoquer la rémunération forfaitaire pour les soins palliatifs. Avec Gérard Dériot, nous avons identifié des problèmes de coordination dans le parcours de soins, quand on veut maintenir le patient à domicile. La forfaitisation serait utile.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Au vu de l'argumentation de la ministre, retrait. Espérons que le Gouvernement pourra rapidement inclure la suppléance dans la forfaitisation.

M. Yves Daudigny. – Je retire l'amendement n°403 rectifié et prends acte de l'engagement du Gouvernement d'avancer sur ce sujet. Aujourd'hui, on retient le parcours de soins le plus coûteux, le plus lourd, le plus pénible pour les patients. Il faut inverser cette répartition et favoriser la prise en charge à domicile.

L'amendement n°403 rectifié est retiré.

M. Alain Milon, président de la commission. – Je voulais intervenir sur ce même sujet de l'insuffisance rénale chronique. Je vous ai déjà interrogée, madame la ministre, à ce propos.

Je regrette que le Gouvernement n'aille pas au bout de sa logique en appliquant dès 2019 la forfaitisation à l'ensemble des parcours, y compris les transports et la dialyse, qui représentent 85 % des 4 milliards d'euros de dépenses en la matière. Les établissements souhaitent avant tout remplir leurs centres de dialyse car les tarifs sont très avantageux.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2016, préconise le développement de la greffe et de la dialyse à domicile ; c'est aussi la conclusion de la HAS. Il importe donc que la baisse des tarifs épargne la dialyse à domicile, afin de renforcer l'attractivité d'un mode de traitement qui est dans l'intérêt des patients et de l'assurance-maladie. Quand pensez-vous ouvrir la forfaitisation à la dialyse à domicile et à la greffe ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'objectif est de forfaitiser la dialyse sur une période mensuelle en 2020. Les travaux ont débuté au ministère, les sociétés savantes seront bientôt sollicitées. Nous travaillons aussi sur le suivi post-transplantation. Nous avançons pas à pas.

L'article 28 est adopté.

ARTICLE 29

M. Bernard Jomier. – À Paris, dont je suis élu, on constate l'essor des infections sexuellement transmissibles et la permanence de l'épidémie du VIH. Les délais entre l'infection et le dépistage sont trop longs, entre deux et quatre ans en moyenne.

Les acteurs plaident pour une simplification du dépistage, prévue d'ailleurs dans la stratégie de santé sexuelle du Gouvernement. Or malgré l'article 51 du PLFSS 2017 sur l'innovation, les projets n'émergent pas. Il faut développer de nouveaux services dans les territoires à forte prévalence, sur le modèle de ce qui se fait à Londres ou aux États-Unis. Les acteurs sont prêts et n'attendent que les outils réglementaires pour agir. Merci de votre engagement sur ce sujet.

M. Jean-Louis Tourenne. – En Ile-et-Vilaine, il faut attendre huit mois voire plus pour obtenir une consultation chez un ophtalmologiste et renouveler ses lunettes. Un allègement des charges des ophtalmologistes ne serait-il pas une solution ? Pourquoi ne pas autoriser les optométristes et les orthoptistes à prescrire des lunettes, comme le préconise la Cour des comptes ? Ils ont un niveau bac+5, sont équipés et ne feraient ni travail thérapeutique ni diagnostic.

M. le président. – Amendement n°517, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

M. Fabien Gay. – Le dispositif Innovation mis en place l'an dernier visait à faire émerger des organisations innovantes dans le secteur sanitaire et médico-social, afin d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées. Si nous partageons l'objectif, nous étions opposés à la suppression de l'opposabilité des conventions collectives et aux dérogations permises. Cet article 29 confirme votre volonté de dérégulation et de dérogation aux normes techniques et autres.

Lutter contre les déserts médicaux suppose des moyens, des embauches et des mesures pour inciter

les médecins à s'installer dans les zones sous-dotées. Autoriser les médecins salariés à travailler en libéral leur permet de cumuler les rémunérations mais n'apporte rien en termes de médecine de proximité stable.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable. La commission était favorable à cette expérimentation. Nous souhaitons un système de santé plus souple. Cet article répond à l'enjeu de l'accès aux soins dans nos territoires, cher aux sénateurs.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. L'expérimentation a rencontré un grand succès sur le terrain. Cet article lève le verrou organisationnel et facilite l'exercice mixte.

L'amendement n°517 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°359 rectifié, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Espagnac, MM. Kerrouche, Iacovelli et Duran, Mme Ghali, M. P. Joly et Mme Préville.

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

Mme Angèle Préville. – L'alinéa 4 étend les possibilités d'exercice libéral pour les praticiens hospitaliers salariés d'un hôpital public dans les zones sous-dotées.

Toutefois, rien ne dit comment ces zones sont caractérisées. Ensuite, on constate une hausse significative des honoraires liés à l'activité libérale : plus 6 % sur une année pour l'AP-HP.

La commission locale d'activité libérale de l'AP-HP souligne la difficulté rencontrée par différents groupes hospitaliers à répertorier l'activité publique. Une transparence accrue s'impose.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable. Les possibilités d'exercice mixte vont dans le bon sens. Il n'y a pas de recette miracle pour résorber les déserts médicaux... Tous les moyens sont bons pour trouver des solutions adaptables à chaque territoire.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'alinéa 4 vise à renforcer l'attractivité des hôpitaux qui peinent à recruter des praticiens hospitaliers en permettant à ceux-ci d'exercer en libéral un jour par semaine, sans dépassement d'honoraires. Avis défavorable.

L'amendement n°359 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°129 rectifié *quater*, présenté par MM. Segouin, Bonhomme et Courtial, Mme Garriaud-Maylam, MM. J.M. Boyer, Paccaud, Grosdidier et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Mandelli, Mmes Gruny et de Cidrac, M. Charon, Mmes A.M. Bertrand et Boulay-Espéronnier, MM. Darnaud, Genest et Laménie, Mmes Delmont-

Koropoulis et Procaccia, MM. Babary, Sido et Gremillet et Mme Noël.

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...) L'article L. 6323-1-5, afin de permettre, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Les honoraires sont reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation ;

M. Vincent Segouin. – Avec 59 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, l'Orne devient un désert médical. Un quart des affiliés à l'assurance-maladie n'ont pas de médecin traitant. C'est pourquoi nous avons proposé une expérimentation innovante, avec le soutien de l'ARS Normandie, pour développer une médecine libérale simplifiée au sein des centres de santé. Cela permettrait un gain de 40 % de temps médical par médecin. Toutefois le cadre législatif fait obstacle à cette initiative, d'où cet amendement. L'Orne a besoin de votre aide !

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis favorable. Le champ d'expérimentation est souple et le dispositif peut répondre aux besoins de territoires sous-dotés.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La très vaste concertation avec les centres de santé a tranché en faveur de l'exercice salarié. Rien n'empêche les praticiens de pratiquer à mi-temps dans un centre de santé et à mi-temps en tant que libéral. Nous ne souhaitons pas revenir sur cet équilibre. Retrait ou avis défavorable.

M. Vincent Segouin. – Je le maintiens.

L'amendement n°129 rectifié quater est adopté.

M. le président. – Amendement n°27 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Puissat et Micouleau, MM. Bascher et Courtial, Mmes Deromedi et Chauvin, MM. Cardoux, Calvet et Panunzi, Mmes Estrosi Sassone et Delmont-Koropoulis, MM. Vaspert, Cornu, Schmitz, Pierre et Paccaud, Mmes Duranton et Morhet-Richaud, MM. Bouchet et Milon, Mme L. Darcos, M. Karoutchi, Mme A.M. Bertrand, MM. Piednoir et Chaize, Mme Lopez, MM. Lefèvre et Revet, Mme Grunty, M. Dufaut, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Perrin, Mme Thomas, MM. Mayet, Daubresse et Raison, Mme Bories et MM. Husson, Laménie, Segouin, Sido et Gremillet.

Alinéa 8

1° Première phrase

a) Après la référence :

L. 5125-1-1 A

insérer les mots :

et l'article L. 4311-1

b) Après les mots :

pharmaciens d'officine

insérer les mots :

et aux infirmiers

2° Seconde phrase

Remplacer les mots :

et le pharmacien

par les mots :

, le pharmacien et l'infirmier

M. Max Brisson. – Cet amendement permettra aux infirmiers de participer à l'expérimentation permettant aux pharmaciens d'officine de renouveler les traitements chroniques ou d'en adapter la posologie, en concertation étroite avec le médecin traitant. Cette expérimentation pourrait être fort utile dans les territoires touchés par la désertification médicale. Les infirmiers qui exercent souvent à domicile sont qualifiés pour assurer ce suivi quotidien.

Afin de garantir une bonne collaboration avec le médecin prescripteur, ces infirmiers devront être adhérents ou signataires du projet d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'une équipe de soins primaire.

M. le président. – Amendement identique n°146 rectifié, présenté par MM. Morisset et Mouiller.

M. Jean-Marie Morisset. – Dans les maisons de santé, on trouve des équipes composées de médecins et d'infirmiers, mais pas forcément de pharmaciens. Prenons en compte cette réalité.

M. le président. – Amendement identique n°245 rectifié ter, présenté par M. Sol, Mme Vullien, M. Pellevat, Mmes Goy-Chavent et Bruguière, MM. Détraigne, Magras et Babary, Mme Lherbier, M. Guené et Mme F. Gerbaud.

Mme Michèle Vullien. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°579, présenté par Mmes Taillé-Polian et G. Jourda et M. Tissot.

Mme Sophie Taillé-Polian. – Les infirmiers doivent aussi assurer la gestion des stocks des médicaments chez les patients. Cette expérimentation est utile.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable à ce nouveau champ d'expérimentation qui existait initialement pour les pharmaciens d'officine. Les protocoles d'accord qui avaient été prévus étaient tellement lourds qu'aucun n'a été conclu. Le dispositif voté par l'Assemblée nationale permettra de les mettre en place. Il n'est pas opportun d'y ajouter les infirmiers, d'autant que la pratique

avancée ouvre déjà des prérogatives dans ce domaine.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Les infirmières en pratique avancée inscrites en master à partir de 2019 pourront renouveler les ordonnances. Des protocoles de délégation de tâches existent aussi dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et dans les maisons de santé. Les infirmiers suivent les pathologies chroniques. N'allons pas trop vite pour franchir le cap de la prescription.

M. René-Paul Savary. – Pour l'instant, il existe des protocoles de modélisation pour le suivi des malades : il ne faudrait pas les remettre en cause. Les pratiques avancées reposent sur un contrat de confiance entre le médecin prescripteur et l'infirmier. Attendons de voir comment elles fonctionnent. Qui serait responsable, du médecin ou de l'infirmier, en cas de problème ?

M. Michel Amiel. – Comme vient de le dire M. Savary, une question de responsabilité se pose en termes de prescriptions. Médecin et pharmacien ont déjà une coresponsabilité en matière d'ordonnances. Par sécurité, restons prudents sur les prescriptions.

M. Max Brisson. – Je retire mon amendement en espérant que Mme Bonfanti-Dossat, qui a exercé le métier d'infirmière, ne m'en voudra pas.

L'amendement n°27 est retiré.

M. Daniel Chasseing. – Dans un premier temps, le médecin et le pharmacien sont responsables de la prescription, d'autant qu'ils pourront consulter le dossier médical partagé. Dans un deuxième temps, il sera toujours possible d'associer les infirmiers.

M. Jean-Marie Morisset. – Je reste serein et j'espère que l'élargissement aux infirmiers interviendra dans l'avenir pour tenir compte des maisons de santé, ces nouvelles organisations que nous mettons en place dans mon territoire.

M. Serge Babary. – Je retire l'amendement de mon collègue Sol.

L'amendement n°245 rectifié ter est retiré.

Les amendements identiques n°s 146 rectifié et 579 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°249 rectifié, présenté par M. Sol, Mme Vullien, MM. Bascher, Morisset, Daubresse et Pellevat, Mmes Goy-Chavent et Brugière, MM. Détraigne, Magras et Calvet, Mmes Deromedi, Malet et Gruny, MM. Brisson et Laménie, Mmes Boulay-Espéronnier, Lherbier et Delmont-Koropoulis et MM. Moga et Sido.

Alinéa 8, première phrase

Après les mots :

traitements chroniques

rédiger ainsi la fin de cette phrase :

pour une durée ne pouvant excéder six mois en incluant la primo-prescription.

Mme Michèle Vullien. – Cet amendement a pour objet d'établir un cadre temporel raisonnable pour le renouvellement des traitements chroniques par les pharmaciens.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable. Il convient au médecin traitant et au pharmacien de s'accorder sur la durée du traitement. Il n'est pas opportun de fixer une limite.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cette disposition n'est pas du niveau de la loi. Elle figurera dans le cahier des charges. Les médecins ont déjà la possibilité de faire des prescriptions de douze mois. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°249 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°360 rectifié, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Espagnac, M. Iacovelli, Mmes Ghali et Guillemot, M. P. Joly et Mme Prévile.

I. – Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 en ce qu'ils limitent les possibilités d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social ; »

II. – Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 1° bis Le 3° du II est ainsi rédigé :

« 3° Aux dispositions suivantes du code de l'action sociale et des familles :

« a) Les règles de tarification et d'organisation prévues par le code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

« b) L'article L. 313-26, afin de redéfinir les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins lors d'une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social. » ;

Mme Angèle Prévile. – Cet amendement prévoit d'étendre les dérogations sur les règles d'organisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser les innovations organisationnelles et permettre d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires au service du parcours de santé et de vie des personnes.

Il étend aussi les dérogations sur les modalités de qualification entre actes d'aide et actes de soins dans

le cadre d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social.

Sur ce deuxième point, l'actuel cloisonnement des métiers de l'aide et du soin conduit à une étanchéité des missions entre aide à domicile et aide-soignant. Ce cloisonnement obère la qualité et la pertinence de l'accompagnement dans son objectif de préservation ou de renforcement de l'autonomie des personnes, dépendantes d'un tiers pour la réalisation de geste de soins.

Par ailleurs, les acteurs développent aujourd'hui des organisations complexes et coûteuses en coordination pour compenser ces cloisonnements.

En expérimentant de nouvelles répartitions entre actes d'aide et actes de soins en fonction des besoins des personnes elles-mêmes, lors d'un accompagnement par un établissement ou service social ou médico-social, il sera possible d'identifier les fongibilités de compétences sociales et de soins en fonction des situations.

M. le président. – Amendement identique n°595 rectifié, présenté par MM. Corbisez, Arnell, A. Bertrand et Collin, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mmes Guillotin et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

M. Jean-Claude Requier. – Cet amendement porté par M. Corbisez est identique au précédent. Considérons qu'il est défendu.

M. le président. – Amendement n°405 rectifié, présenté par Mme Féret et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...) Les articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 en ce qu'ils limitent les possibilités d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social. »

Mme Corinne Féret. – Cet amendement étend le cadre des expérimentations pour l'innovation et il prend en compte que l'article 29 ajoute aux règles de tarification celles d'organisation afin de pouvoir déroger à l'alinéa 9.

L'amendement étend les dérogations prévues à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, pour l'expérimentation dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux et permettre des délégations de soin en matière d'aide et d'éducation de personnes porteuses de handicap.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Ces amendements introduisent une souplesse de gestion bienvenue : le manque de personnel est réellement problématique. Les amendements identiques n°360 rectifié et 595 rectifié sont déjà en partie satisfaits par la rédaction de l'Assemblée nationale. Retrait ou avis

défavorable au profit de l'amendement n°405 rectifié qui prend en compte cette rédaction.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou avis défavorable aux amendements identiques n°360 rectifié et 595 rectifié satisfaits dans leur première partie. Quant à l'amendement n°405 rectifié, je crains qu'une expérimentation locale ne soit pas pertinente pour modifier la définition des métiers d'aide-soignante et d'aide à domicile. Nous comptons réfléchir à une évolution générale des métiers dans le cadre d'une grande concertation. Retrait ou avis défavorable à l'amendement n°405 rectifié.

Mme Angèle Prévile. – Je retire mon amendement au profit de l'amendement n°405 rectifié.

M. Jean-Claude Requier. – *Idem.*

Les amendements identiques n°360 rectifié et 595 rectifié sont retirés.

L'amendement n°405 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°477 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...) L'article L. 4311-1, afin de permettre aux infirmières et infirmiers, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme référents au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, et ainsi d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 ou L. 6323-3 ; »

M. Bernard Jomier. – Cet amendement ouvre la possibilité d'expérimenter la désignation d'infirmières ou infirmiers « de famille », afin de constituer un trio efficient autour du patient avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant.

L'amélioration de la coordination des parcours de soins est un enjeu majeur de santé publique face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. C'est également un enjeu financier comme l'ont montré les travaux sur le vieillissement du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie : les recours inappropriés à l'hôpital, le manque de réactivité dans l'adaptation des traitements médicamenteux, le manque de prévention et d'éducation thérapeutique appellent de nouvelles réponses.

Nous peinons à opérer la mue pourtant nécessaire de notre système de soins pour y accompagner qualitativement le cheminement des personnes fragiles.

Alors qu'en France nous cherchons à inventer de nouveaux métiers autour du soin, les infirmières demeurent un chaînon insuffisamment reconnu du panorama des professionnels de santé publique.

Le concept d'infirmière référente, ou infirmière « de famille », recommandé par l'OMS et qui est déjà mis en œuvre dans de nombreux pays.

Cette mesure marquerait un pas appréciable dans l'évolution stratégique de notre système de soins vers davantage de coordination, de reconnaissance des complémentarités au sein des équipes de soins, de qualité et d'efficacité dans le suivi des personnes.

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

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – Retrait ou avis défavorable. La problématique n'est pas dans le statut de tel ou tel professionnel. Avec le changement de paradigme de notre système de santé, des communautés de professionnels divers interviennent auprès des patients et nous ne souhaitons pas recréer des référents uniques de parcours.

Une expérimentation est en cours dans onze départements pour évaluer le bilan des soins infirmiers. La voie du dialogue entre l'assurance maladie et les syndicats de représentants des infirmiers sera privilégiée pour le devenir de cette expérimentation.

Nous créons des CPTS où les infirmiers libéraux auront un rôle central dans le maintien à domicile des personnes âgées polypathologiques.

Nous avons aussi créé les infirmiers de pratiques avancées, qui répondent en partie à cette préoccupation : leur responsabilité sera de suivre les pathologies chroniques.

Mieux vaut renforcer les dispositifs existants plutôt que de créer un nouveau statut. Les infirmiers libéraux auront toute leur place dans le dispositif de soins coordonnés mais pas sous la forme que vous venez de proposer.

M. Bernard Jomier. – Dans une petite ville de quelques milliers d'habitants, l'infirmière de pratiques avancées ne pourra pas apporter une réponse satisfaisante au parcours de soins du patient et à sa perte d'autonomie. Il faudra aussi l'intervention du médecin traitant et du pharmacien. Vous avez accepté à l'Assemblée nationale que ce dernier devienne un acteur essentiel du parcours de soin. Il serait légitime de reconnaître le rôle du référent qu'aura l'infirmière, car c'est dans l'articulation de l'action de ces trois professionnels de santé que se joue l'efficacité du parcours de soins. Je maintiens mon amendement.

L'amendement n°477 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°580 rectifié, présenté par Mmes Taillé-Polian et G. Jourda et M. Tissot.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Les articles L. 6327-1 et L. 6327-2, afin d'ouvrir à certains professionnels de santé -impliqués dans le parcours de santé la possibilité d'assurer la coordination clinique de ce dernier. » ;

Mme Sophie Taillé-Polian. – MM. Tourenne et Jomier ont fort bien défendu le statut d'infirmière référente. Cet amendement qui par miracle a échappé à l'article 40 propose d'inscrire dans la loi la notion d'infirmière de famille ou d'infirmière référente.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Sagesse.

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

L'amendement n°580 rectifié n'est pas adopté.

L'article 29, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°126 rectifié *ter*, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mmes Micouveau et Deromedi, M. Sol, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Mouiller et Mayet, Mmes L. Darcos et Bruguière, MM. Lefèvre, Paccaud et Morisset, Mme Malet, MM. Bonhomme et Bascher, Mme Garriaud-Maylam, MM. Rapin et Husson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Chaize et Brisson, Mmes Bories, Renaud-Garabedian et Lherbier, MM. Genest, Laménie et Darnaud, Mme Berthet et MM. Segouin et Gremillet.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale, 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, ainsi que de représentants de l'union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'union nationale des organismes des caisses d'assurance maladie complémentaire. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique.

« 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 des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – L'intégration dans le droit commun tarifaire des actes de télémédecine et de 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 les professionnels libéraux et hospitaliers et les fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – À la suite de la loi de financement pour 2018, un avenant a été négocié cette année entre l'Uncam et les représentants des médecins pour inscrire les actes de télémédecine dans le droit commun. Une telle commission ne semble pas opportune. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons fait entrer la télémédecine dans le droit commun. Avis défavorable à cet amendement superfétatoire.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Je retire mon amendement.

L'amendement n°126 rectifié ter est retiré.

M. le président. – Amendement n°127 rectifié bis, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mmes Micouleau et Deromedi, MM. Karoutchi et Mouiller, Mme Delmont-Koropoulis, M. Mayet, Mmes Bruguière, L. Darcos et Guillotin, MM. Lefèvre, Morisset, Paccaud, Bascher et Bonhomme, Mmes A.M. Bertrand et Malet, M. Rapin, Mmes Garriaud-Maylam et Bonfanti-Dossat, MM. Chaize et Brisson, Mme Lherbier, MM. Genest, Laménie et Darnaud, Mme Berthet et M. Segouin.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées, d'autre part. »

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Cet amendement assure une composition paritaire des commissions de contrôle de la tarification à l'activité, entre représentants des financeurs et des fédérations hospitalières publiques et privées, à l'instar du dispositif existant pour les professionnels de santé libéraux, afin de favoriser la compréhension et la diffusion optimale de l'information entre les parties prenantes, tout en garantissant la justesse et la légitimité des avis produits.

Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité est marqué d'imperfections significatives et de déséquilibres sérieux. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux et alimente des discussions intenses entre les fédérations hospitalières publiques et privées, d'une part, et les pouvoirs publics d'autre part.

Cet amendement prévoit que la commission de contrôle compétente pour avis soit constituée à parité de représentants des financeurs et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission de contrôle de la T2A est saisie pour avis par l'ARS avant le prononcé de toute sanction en cas de manquement aux règles de facturation ou d'erreur de codage. Il est utile d'associer les fédérations hospitalières. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable car les fédérations hospitalières deviendraient juge et partie au moment des contrôles. Conservons le fonctionnement actuel qui autorise de nombreux recours et où les fédérations hospitalières jouent déjà un rôle central, notamment au sein de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

L'amendement n°127 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°394 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Mme Sabine Van Heghe. – Laisser les frais et la gestion des transports inter-établissements à la charge des hôpitaux et autres établissements de santé engendre de grandes difficultés. Un tel dispositif a un impact financier négatif et génère une perte de temps conséquente.

Par conséquent, ce dispositif doit être supprimé.

M. le président. – Amendement n°51 rectifié bis, présenté par MM. Paccaud et Babary, Mme A.M. Bertrand, M. Bouchet, Mme Bruguière, M. Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Deromedi, Duranton et Garriaud-Maylam, MM. Lefèvre et H. Leroy, Mme Malet et MM. Piednoir, Poniatowski, Revet et Schmitz.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après la première phrase de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La publication ou la notification annuelles de ces tarifs et dotations aux établissements de santé fait apparaître la part représentée dans leur montant par le financement des transports susmentionnés. »

II. – L'article 80 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Avant le 1^{er} février 2019, le Gouvernement procède à l'évaluation de l'impact financier pour les établissements de santé issu de l'application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale afin de

permettre, le cas échéant, l'ajustement des tarifs, des prix de journées et des dotations ; la prise en compte des activités isolées ; la prise en compte des activités de recours. Cette évaluation est transmise au Parlement. »

Mme Laure Darcos. – L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que tous les transports inter-établissements doivent être pris en charge par les établissements de santé, en lieu et place d'une facturation directe à l'assurance-maladie.

Cependant, cette réforme radicale n'a pas suffisamment été anticipée. Ce désengagement de la solidarité nationale crée des inégalités importantes en fonction des territoires et des établissements concernés. Le coût ne sera pas le même en ville qu'à la campagne.

Certains établissements font directement payer les transports aux familles qui ne disposent pas toujours des moyens suffisants.

Cet amendement propose que ce montant figure expressément dans les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de tous les établissements de santé. En outre, une évaluation du dispositif doit permettre de revoir les tarifs calculés en 2018, et de prendre en compte des facteurs d'augmentation des coûts des transports.

M. le président. – Amendement identique n°110 rectifié *ter*, présenté par Mmes Micouneau, Deseyne et Bories, MM. Chatillon, B. Fournier, Grand et Gremillet, Mme Gruny, MM. Houpert, D. Laurent et Mandelli, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset, Segouin et Sol.

Mme Brigitte Micouneau. – L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit un nouvel article qui a posé le principe selon lequel tous les transports inter-établissements devraient être pris en charge par les établissements de santé.

Cette réforme radicale du financement des transports inter-établissements, qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018, n'a pas été suffisamment anticipée et crée des inégalités importantes entre les établissements concernés.

C'est pourquoi il convient de prévoir que ce montant figure expressément dans les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de tous les établissements de santé et qu'une évaluation du dispositif permette de revoir les tarifs calculés en 2018, et de prendre en compte des facteurs d'augmentation des coûts des transports.

M. le président. – Amendement identique n°584 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, A. Bertrand, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Mme Véronique Guillotin. – Ce transfert suscite de fortes inquiétudes car les acteurs hospitaliers craignent que le compte n'y soit pas. Il est nécessaire

de clarifier le montant de l'enveloppe. Les plus petites entreprises de transport devront faire face, dans les appels d'offres, à la concurrence d'entreprises plus importantes. Or ces petites entreprises ont un ancrage territorial et il ne faudrait pas les fragiliser.

Si l'enveloppe ne suffit pas, on risque d'assister à des reports de soins. Nous ne sommes pas opposés à ce dispositif qui devrait rationaliser les coûts, mais nous proposons que le montant des transports inter-établissements figure expressément dans les arrêtés relatifs aux dotations et tarifs de tous les établissements de santé et que la mise en place de ce dispositif soit accompagnée et évaluée.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous avons eu ce débat l'an passé sur le transfert de la prise en charge des transports sanitaires : nous en souhaitons le report, considérant que la réforme n'était pas mûre. Le transfert ayant eu lieu le 1^{er} octobre, l'amendement n°394 rectifié risque d'apporter de la confusion. Avis défavorable. En revanche, avis favorable aux amendements identiques n°51 rectifié *bis*, 110 rectifié *ter* et 584 rectifié qui traduisent les préoccupations des acteurs hospitaliers, une plus grande transparence dans la mise en œuvre de cette réforme et une évaluation précise.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il n'y a aucun désengagement de la solidarité nationale sur le transport sanitaire. Je rappelle qu'une enveloppe de 287 millions d'euros y est consacrée, et cette enveloppe a été majorée de 10 % pour tenir compte des évolutions récentes dans le transport. Nous souhaitons simplement rationaliser le transport inter-établissements et en aucun cas entre le domicile et l'établissement.

Nous avons prévu un comité de suivi paritaire entre les fédérations hospitalières et les transporteurs pour mieux cadrer la manière dont les établissements s'emparent de leur nouvelle mission.

Nous allons faire évoluer le modèle sur la partie psychiatrie avec un versement de l'assurance-maladie pour chaque transport.

Nous ne souhaitons pas revenir sur cette réforme mise en œuvre depuis peu et capitale pour la rationalisation des transports entre établissements. Avis défavorable à tous les amendements.

M. René-Paul Savary. – L'article 29 prévoit une expérimentation pour que les ARS puissent donner, par dérogation, leur accord aux établissements pour qu'ils achètent directement des véhicules pour assurer le transport des patients. Que pensent les fédérations de transporteurs de cette dérogation ?

Mme Véronique Guillotin. – Le modèle des transports inter-établissements payés par les établissements eux-mêmes est dépassé : il a été testé, et abandonné. On fonctionne désormais sur des appels d'offres lancés par les établissements à des entreprises privées.

Nous ne demandons pas de revenir sur la réforme, mais d'assurer les petites entreprises que les tarifs ne seront pas en dessous du coût réel.

L'amendement n°394 rectifié n'est pas adopté.

Les amendements identiques n°51 rectifié bis, 110 rectifié ter et 584 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°412 rectifié, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Un comité technique composé de représentants de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, des agences régionales de santé, des conseils départementaux et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial. » ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chaque projet d'expérimentation permettant, conformément au 1° du I du présent article, participent aux délibérations du comité technique le représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le représentant des conseils départementaux au conseil stratégique dont la composition est fixée par les dispositions de l'article R. 162-50-3 du présent code. » ;

3° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chaque projet d'expérimentation permettant, conformément au 1° du I du présent article, l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur médico-social, le comité technique saisit pour avis la conférence financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles compétente en fonction de la territorialité du projet. Un décret en Conseil d'État précise la liste des dispositions auxquelles il ne peut être dérogé qu'après avis de la conférence financeurs et le délai dans lequel son avis est rendu. »

Mme Monique Lubin. – Le Comité technique de l'innovation en santé est composé de huit membres représentant la CNAM, le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), les directions du ministère chargé de la santé et des ARS. Il émet un avis sur les projets d'expérimentation qui lui sont soumis, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation. Il doit également saisir pour avis la HAS lorsque les projets d'expérimentation

comportent des dérogations à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins. Il est destinataire des rapports d'étape rédigés par les porteurs de projet et des rapports d'évaluation sur la base desquels il rend un avis sur l'opportunité et les modalités d'une généralisation.

Cet amendement propose une représentation plus juste et plus équilibrée du Comité technique de l'innovation en santé afin que les différents cofinanceurs de l'action médico-sociale puissent y figurer et participer à ses travaux. C'est pourquoi il est proposé d'associer aux travaux de ce Comité des acteurs de l'assurance vieillesse, des représentants des conseils départementaux et de la CNSA, ainsi que la conférence financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, compétente en fonction de la territorialité du projet.

Il sera ainsi possible de promouvoir des expérimentations répondant à des besoins identifiés, selon des modalités qui en garantissent les meilleures chances de succès et pour un coût adapté.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous avons considéré l'an passé que la composition du Comité technique de pilotage des expérimentations devait rester restreinte, tandis que le Conseil stratégique devait avoir un champ plus large. Installé en début d'année, ce dernier compte un représentant de la CNSA, un autre de l'ADF et des acteurs du champ médico-social.

Votre amendement nous semble satisfait. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Pour revenir à l'amendement précédent, je précise à M. Savary que seules les entreprises qui utilisent des véhicules autorisés peuvent répondre aux appels d'offres.

Le Comité technique est une instance d'instruction administrative des dossiers. Seules les instances des administrations centrales y sont représentées. Il faut le distinguer du Comité stratégique, où il y a beaucoup plus de parties prenantes. Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°412 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°397 rectifié bis, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Eu égard à leur fonction d'appui et de soutien auprès de leurs adhérents, les fédérations hospitalières les plus représentatives peuvent être porteuses de projets d'expérimentation entrant dans le champ défini au I du présent article dans des conditions précisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

Mme Sabine Van Heghe. – Cet amendement offre la possibilité aux fédérations hospitalières de proposer des projets d'expérimentation dont les modalités sont renvoyées à un arrêté ministériel de sorte que le Gouvernement puisse établir un mécanisme conforme aux aspirations de la réforme. Ainsi, l'innovation dans le système de santé sera davantage motivée.

M. le président. – Amendement identique n°571 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert, Micouleau et Gruny, MM. Morisset, Brisson et Lefèvre, Mme M. Mercier, MM. Charon, Bonhomme, Guené et Chatillon, Mme Lavarde, M. de Nicolaÿ, Mmes Morhet-Richaud et Lamure, M. D. Laurent, Mme Berthet, M. H. Leroy, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Poniatowski et Babary, Mme Lopez et MM. Gremillet et Dériot.

Mme Corinne Imbert. – Cet amendement permet aux fédérations hospitalières les plus représentatives de pouvoir candidater à un projet d'expérimentation. Cela favoriserait le succès du dispositif comme son appréhension pour les acteurs du système de santé.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les fédérations sont effectivement demandeurs, mais ne peuvent recevoir de crédits à ce titre. Avis du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'article 51 s'adresse aux acteurs de l'offre de soins. Le financement des expérimentations leur est réservé. Si un acteur qui porte le projet adhère à une fédération, celle-ci sera impliquée. À nos yeux, l'important est qu'un acteur de terrain soit identifié.

Vos amendements me semblent donc satisfaits. Je ne voudrais en revanche pas que ces projets soient uniquement portés par des fédérations hospitalières. Les fédérations sont largement représentées dans tous les projets : elles les cogèrent avec les professionnels. Évitions un portage trop administratif. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'entends la ministre. Les projets d'expérimentation locale doivent être portés par des acteurs de terrain. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°397 rectifié bis et 571 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°572 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert, Micouleau et Gruny, MM. Morisset, Brisson et Lefèvre, Mme M. Mercier, MM. Charon, Bonhomme, Guené et Chatillon, Mme Lavarde, M. de Nicolaÿ, Mmes Morhet-Richaud et Lamure, M. D. Laurent, Mme Berthet, M. H. Leroy, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Poniatowski et Babary, Mme Lopez et MM. Gremillet et Dériot.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , les fédérations nationales représentatives des établissements

et services sanitaires et médico-sociaux, publics et privés ».

Mme Corinne Imbert. – La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'Uncam le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont pas consultées, ni même parfois informées des discussions engagées dans ce cadre alors qu'elles sont directement concernées par les résultats de ces négociations. En effet, elles ont un impact dans la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité, qui repose sur la classification commune des actes médicaux.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public.

Dans ce contexte, il importe que les fédérations hospitalières soient associées à l'élaboration des conventions annexes et des avenants conclus entre l'Uncam et les professionnels de santé.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les mesures négociées peuvent avoir un réel impact sur l'équilibre financier des établissements de santé. La commission s'est interrogée sur le fait de faire participer aux discussions les fédérations car il y a risque de mélanger les genres.

Retrait ou avis défavorable. Cependant, madame la ministre, il faudrait aider les fédérations à gérer ce qui a été décidé dans le cadre des négociations conventionnelles.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous sommes défavorables à cette proposition qui déséquilibrerait le jeu conventionnel, d'autant qu'elle vaudrait pour toutes les professions. Or les enjeux pour les professionnels libéraux et les établissements ne sont pas les mêmes. Je comprends la nécessité, pour les gestionnaires d'établissements, d'anticiper les conséquences des accords conventionnels avec les professions libérales, mais les évolutions des tarifs des actes pour les établissements de santé sont d'ores et déjà clairement définies par les textes réglementaires. Les négociations conventionnelles sont rendues publiques et n'entrent en vigueur que six mois après la signature de l'accord, ce qui permet d'anticiper toute évolution.

Mme Corinne Imbert. – Tout est lié. Il y a tout de même un problème, que j'ai posé. Je serais ravie s'il pouvait évoluer.

L'amendement n°572 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°124 rectifié *ter*, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mmes Deseyne, Micouleau, Deromedi et Procaccia, MM. Sol et Mouiller, Mmes Delmont-Koropoulis et L. Darcos, MM. Morisset, Paccaud, Bascher et Bonhomme, Mmes A.M. Bertrand et Malet, M. Rapin, Mmes Garriaud-Maylam et Bonfanti-Dossat,

M. Genest, Mmes Lherbier et Bories, MM. Brisson, Chaize et Laménie, Mme Berthet et M. Darnaud.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 174-18-... ainsi rédigé :

« Art. L. 174-18-... – Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 consentent, à compter de la date de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6, des avances de trésorerie aux établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d du même article L. 162-22-6 et aux professionnels de santé exerçant dans ces établissements, en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification. »

Mme Chantal Deseyne. – Les tarifs des établissements de santé doivent être publiés au 1^{er} mars de chaque année. Or ils sont régulièrement publiés avec retard, ce qui empêche la caisse primaire d'assurance-maladie d'accepter les factures émises pour les patients, à compter du 1^{er} mars de l'année concernée, tant que la nouvelle classification n'est pas publiée.

Selon les années, des dispositifs d'avances sont consentis à l'initiative des caisses ou à la demande des établissements, dont la gestion est désorganisée par l'incertitude, d'où notre proposition de prévoir un dispositif automatique d'avances de trésorerie.

M. le président. – Amendement identique n°178 rectifié *ter*, présenté par MM. Karoutchi, Hugonet, Poniatowski et Cambon, Mme Gruny, MM. Mayet, Daubresse, Courtial, Revet, Lefèvre et Ginesta, Mme Thomas, MM. de Legge et Dallier, Mmes Raimond-Pavero et Di Folco et MM. B. Fournier, Calvet, de Nicolaÿ, Magras, Mandelli, Meurant, Sido, Vaspart, Vogel, Regnard et Buffet.

M. Roger Karoutchi. – J'espère que la commission des affaires sociales sera enfin favorable à l'un de mes amendements qui en outre ne coûte pas cher. Si en plus, Mme la ministre voulait bien l'accepter, cela embellirait ma soirée. (*Sourires*)

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement apporte une solution de dernier recours, même s'il faudrait agir plus en amont. Sans attendre votre supplique, monsieur Karoutchi, la commission des affaires sociales a émis hier soir un avis favorable à votre amendement! (*Sourires et exclamations*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'entends la supplique de M. Karoutchi, mais cela ne relève peut-être pas du niveau de la loi. Normalement, les CPAM font une avance de trésorerie aux établissements qui le demandent. Nous pouvons plus tôt généraliser la pratique par une circulaire ce qui satisfait votre amendement. Demande de retrait.

M. Roger Karoutchi. – Je rejoins le groupe CRCE, je n'ai guère de succès! (*Sourires*) Toutefois, la circulaire va dans le sens de mon amendement. Je le retire.

Mme Chantal Deseyne. – Je partage l'analyse de M. Karoutchi.

*Les amendements identiques n°s 124 rectifié *ter* et 178 rectifié *ter* sont retirés.*

M. le président. – Amendement n°564 rectifié *bis*, présenté par MM. Henno, Mizzon et Moga, Mmes C. Fournier et Loisier, M. Maurey, Mme Goy-Chavent, M. Longeot, Mme Vullien, MM. Janssens et Kern, Mme Létard et M. D. Dubois.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, après les mots : « contient notamment », sont insérés les mots : « une évaluation nationale de la répartition des crédits et de leur impact sur les situations sanitaires régionales ».

M. Olivier Henno. – Nous avons évoqué la réalité des territoires dans ce débat. Les décisions des ARS ont un impact important sur celle-ci.

J'ai eu affaire à un manque de transparence. C'est pourquoi cet amendement a pour objectif de renforcer le dialogue en amont comme en aval, et de mieux mesurer l'impact des décisions.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis favorable à cet amendement qui renforce l'information du Parlement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je comprends votre souhait d'une vision consolidée des crédits du fonds d'intervention régional (FIR), mais cela existe déjà. Le rapport annuel du FIR est public. Il comporte une ventilation des crédits par destination.

Il y a déjà une vision régionale et nationale par agrégation. Chaque ARS produit aussi chaque année un rapport sur ses crédits.

Mobilisons plutôt les ARS sur l'accompagnement des projets et sur le plan « Ma santé 2022 ». Elles ont déjà beaucoup de travail alors que leurs moyens sont en baisse. Retrait.

M. Olivier Henno. – Je maintiens cet amendement qui a reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales. Il y a un besoin de transparence.

*L'amendement n°564 rectifié *bis* est adopté et devient un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°109 rectifié *bis*, présenté par Mmes Micouleau, Deseyne et Bruguière, MM. Chatillon et Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Deromedi, Durantou et Garriaud-Maylam, MM. Grand, Gremillet, Houpert,

D. Laurent, Lefèvre et Mandelli, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset et Segouin.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 1^{er} septembre 2019, un rapport est remis par le Gouvernement au Parlement portant sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de la participation des établissements et services exerçant une activité de soins à domicile à l'organisation de la continuité des soins assurée par les structures autorisées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation complète mentionnées à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique.

Mme Brigitte Micouleau. – Les structures alternatives à l'hospitalisation complète sont tenues d'organiser la continuité des soins en-dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires doivent ainsi s'organiser en interne pour ce faire.

Dans le cas où l'une de ces structures ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé accueillant en hospitalisation à temps complet les patients relevant de la même discipline.

Cette disposition limite inutilement aux seuls établissements autorisés en hospitalisation complète la participation à la continuité des soins. Cela ne va pas dans le sens du virage ambulatoire souhaité.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission des affaires sociales est toujours défavorable à la multiplication des demandes de rapports qui sont d'ailleurs rarement rendus et ont surtout pour objet de se substituer à des amendements déclarés irrecevables. Avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je partage le souhait de soutenir l'hospitalisation à domicile. Selon la définition de l'ambulatoire, un séjour en ambulatoire doit être autorisé seulement s'il n'y a aucun besoin d'hospitalisation, y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Retrait ?

L'amendement n°109 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°395 rectifié, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Conformément à l'esprit de l'article 27 de la loi n°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 exigeant une évaluation prévisionnelle pour chaque exercice du coût des mesures catégorielles, le chiffrage

des mesures relatives au personnel médical et non médical ayant un impact sur l'exercice concerné est annexé à la loi de financement de la sécurité sociale ou publié, et présenté lors de la consultation des instances nationales de dialogue social sur ces mesures.

Mme Monique Lubin. – Un rapport sur les dépenses de personnel est incitatif pour modifier les politiques. Le manque de moyens humains fragilise la confiance des patients malgré le dévouement exceptionnel des professionnels de santé débordés, qui maintiennent un système performant, au prix de fatigue morale et psychique, voire de burn-out.

La politique des ressources humaines doit changer pour être plus sociale et favorable à la réalisation de parcours professionnels cohérents.

Par souci de transparence, nous proposons d'annexer à la loi de financement de la sécurité sociale le chiffrage des mesures catégorielles relatives au personnel médical et non médical.

Les acteurs professionnels concernés doivent aussi pouvoir bénéficier de cette amélioration de l'information en ayant accès à ce chiffrage lors de la consultation des instances nationales de dialogue social.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°395 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 29 BIS

M. le président. – Amendement n°69, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Après les mots :

pertinence des soins

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

, servant de base à la conclusion d'un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2. »

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet article 29 bis, issu d'un amendement du Gouvernement, affiche l'objectif louable de dynamiser les actions conduites dans le domaine de la pertinence des soins. Ce faisant, il introduit un nouvel instrument, le programme d'amélioration de la pertinence des soins, dont on comprend mal l'articulation avec les outils existant déjà pour intervenir auprès des établissements identifiés pour leurs pratiques atypiques, notamment la conclusion d'un volet additionnel au Cages. Cet amendement clarifie l'articulation entre ces outils.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans les faits, les données servant de base à la contractualisation et à

l'amélioration de la pertinence des soins sont les mêmes. Sagesse.

L'amendement n°69 est adopté.

L'article 29 bis, modifié, est adopté.

ARTICLE 29 TER

M. le président. – Amendement n°70, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement propose de supprimer cet article complexe, qui vise à permettre aux établissements publics de santé de contracter de nouveaux emprunts en dérogeant au taux d'usure pour sécuriser des emprunts toxiques.

Il n'est pas question de rejeter le dispositif proposé dans son principe, toutefois, ces dispositions gagneraient à faire l'objet d'un projet de loi spécifique, assorti d'une étude d'impact détaillée, afin que le Parlement puisse se prononcer en connaissance de cause.

Les établissements concernés devraient pouvoir patienter encore quelques semaines avant de restructurer leur dette, leur cas n'ayant, par définition, pas été traité depuis le lancement du premier plan d'aide, en 2014.

Enfin, cet article ne s'inscrit pas dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Une mesure identique a été prévue pour les collectivités territoriales dans la loi de finances initiale et le Conseil constitutionnel ne l'a pas censurée.

Une centaine d'établissements sont concernés pour un total de 450 millions d'euros de dette toxique. Leurs frais financiers pourraient tripler si les taux d'intérêts augmentent. Nous voulons donner les outils et le choix aux établissements pour procéder à un arbitrage entre taux d'intérêts et encours de dette. Avis défavorable.

M. Marc Laménie. – Je comprends la position de la commission des affaires sociales, mais le rapport fait un rappel historique de la situation de certains établissements. Des collectivités territoriales ont été exposées à la même situation. Le rapport annuel de la Cour des comptes en a rendu compte. Ainsi 299 millions d'euros de contrats ont vu leur remboursement final s'élever à 620 millions d'euros à cause des frais financiers.

Je ne suivrai pas, pour une fois, contrairement à mon habitude, l'avis de la commission des affaires sociales. (*On s'en étonne sur certains bancs.*) Je ne voterai pas son amendement. En effet, supprimer cet article ne répond pas aux enjeux financiers.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'entends la comparaison avec la loi de finances initiale, dont

relève le budget des collectivités territoriales. Toutefois, elle a ses limites. Le PLFSS doit-il en effet prendre en charge les intérêts d'emprunts des établissements de santé ? Le Conseil constitutionnel nous dira sans doute ce qu'il en pense...

Cet article peut être un moyen de désendetter artificiellement les établissements de santé. Force est de constater que nous manquons d'éléments financiers précis pour nous prononcer sur la pérennisation législative qui nous est proposée d'un système mis en place dans la plus grande discrétion jusqu'à présent.

Nous n'avons pu évaluer la situation dans le court laps de temps après la transmission du texte de l'Assemblée nationale. Je maintiens l'amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Quand les hôpitaux sont en très grande difficulté financière, c'est bien par l'Ondam que nous pouvons venir à leur secours.

M. Philippe Dallier. – Je suis étonné que nous soyons encore dans cette situation si longtemps après l'affaire des emprunts toxiques. Des collectivités territoriales ont intenté des procès et souvent ont eu gain de cause. L'état des lieux est connu. J'imagine que les établissements ont déjà étudié la possibilité de sortir de ces emprunts. Pourquoi est-on si peu éclairé au moment de prendre la décision ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La loi de finances initiale de 2016 a donné les outils aux collectivités territoriales pour résoudre la question des emprunts toxiques. Il manque un outil législatif identique pour les hôpitaux. D'où cet article.

M. Alain Milon, président de la commission. – Ces emprunts ont été contractés pour du matériel ou des bâtiments ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Des bâtiments.

M. Alain Milon, président de la commission. – Alors, nous devrions réfléchir sérieusement, de manière approfondie, au bien-fondé de la prise en charge par l'assurance-maladie du financement des bâtiments.

Les enseignants de l'Éducation nationale travaillent dans des écoles, des collèges, des lycées dont les bâtiments sont payés par les communes, les départements ou les régions, voire l'État, pour les universités, et non l'Éducation nationale. Nous pourrions nous en inspirer. Les remboursements d'emprunt pour les hôpitaux pourraient, par exemple, relever de la CDC et non de l'assurance-maladie.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je comprends l'analogie avec l'Éducation nationale, qui a tout de même ses limites. On peut remettre en cause le système, pourquoi pas, mais aujourd'hui le budget d'investissement de l'assurance-maladie ne participe qu'à hauteur de 30 % à l'investissement dans la construction des bâtiments des établissements, aux côtés de l'autofinancement de l'hôpital, qui en assure la majeure partie. Il y a donc une logique à la prise en

charge de ces frais par l'assurance-maladie, d'autant qu'elle est garante de la capacité de l'établissement de santé à se financer durablement. Si un hôpital ne peut plus faire face, faute de trésorerie, c'est elle qui devra payer.

*L'amendement n°70 est adopté
et l'article 29 ter est supprimé.*

ARTICLE 29 QUATER

M. le président. – Amendement n°28 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mme Micouleau, MM. Bascher et Courtial, Mmes Deromedi et Chauvin, MM. Cardoux, Calvet et Panunzi, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Cornu, Schmitz, Pierre et Paccaud, Mmes Morhet-Richaud, L. Darcos et A.M. Bertrand, MM. Piednoir et Revet, Mmes Gruny, Lanfranchi Dorgal et Thomas, MM. Mayet, Babary et Daubresse, Mme Bories et MM. Laménie et Sido.

Supprimer cet article.

M. Max Brisson. – La création des assistants médicaux a été introduite par amendement à l'Assemblée nationale. La responsabilité de définir les contours de leur mission est renvoyée à la convention entre l'assurance-maladie et les médecins. Or aucune discussion n'a eu lieu afin de s'interroger sur l'opportunité de cette création ni sur son articulation avec les professions existantes.

C'est pourquoi cet amendement propose de supprimer cet article dans l'attente d'une étude plus approfondie.

M. le président. – Amendement identique n°147 rectifié, présenté par MM. Morisset et Mouiller.

M. Jean-Marie Morisset. – L'article 29 *quater* crée une nouvelle profession de santé, celle d'assistant médical, sans aucune concertation préalable et dans le flou le plus complet sur le champ de compétences de cette profession.

L'exposé des motifs et les informations obtenues lors de votre audition et de celle du directeur général de la CNAM confirment que ces assistants médicaux pourront effectuer certains actes de soins, peut-être même des actes invasifs tels que des vaccinations, et seront à même d'accéder au dossier médical du patient pour l'alimenter.

Or la création d'une profession de santé relève de la loi. Ainsi, la création récente des assistants dentaires a été introduite par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Mais, dans le cas présent, l'article 29 *quater* se contente de renvoyer à la convention entre l'assurance-maladie et les médecins le soin de définir le cadre de compétences de cette profession. Cette disposition escamote toute concertation avec le Parlement, de même que toute concertation avec les autres professions de santé.

L'amendement n°246 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°577 rectifié *ter*, présenté par M. Vaspart, Mme Lamure, MM. Perrin, Raison, Darnaud, J.M. Boyer et Kennel, Mme N. Delattre, MM. de Nicolaÿ et Paul, Mme Duranton et MM. H. Leroy et Gremillet.

M. Michel Vaspart. – On a annoncé la création de 4 000 assistants médicaux. L'an dernier, madame la ministre, vous aviez dit qu'il était difficile de cartographier les zones sous-dotées. Comment allez-vous les répartir ?

Dans le contexte de désertification médicale que connaît notre pays, la création de cette profession ne semble pas de nature à constituer une solution. Une extension du champ des pratiques avancées définies dans un récent décret, au profit des professions de santé déjà habilitées, constituerait bien davantage une avancée en déchargeant les médecins d'actes qu'ils n'ont pas toujours le temps de réaliser.

On ne peut accepter la dégradation de l'offre de soins dans nos territoires.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission des affaires sociales, en dépit du flou de ce projet, n'a pas souhaité s'opposer à l'ouverture de négociation conventionnelle avec les professionnels de santé. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cette mission est floue, puisque c'est la négociation conventionnelle qui la définira. Ce n'est pas une nouvelle profession mais une nouvelle fonction qui répond aux demandes de nombreux médecins qui regrettent le temps passé aux tâches administratives ou à la prise de la tension lors des consultations, au détriment du temps médical.

Quand on m'a retiré mon infirmière à l'hôpital, la durée de mes consultations a augmenté de 20 % et le nombre de mes consultations a baissé d'autant... J'ai vu moins de patients. L'établissement a peut-être trouvé cela rentable, mais cela a réduit l'accès aux soins.

Aujourd'hui, il y a un déficit de temps médical. L'idée n'est pas de concurrencer les professionnels existants. Nous imaginons que ces postes pourraient être par exemple proposés aux aides-soignantes en deuxième partie de carrière. Ces postes ont vocation à exister sur tout le territoire, pas seulement dans les zones sous-dotées.

L'engagement des médecins est de passer plus de temps de consultation grâce à ces postes, dont le coût pourra être amorti par une hausse du nombre de patients vus.

Cette mesure a été accueillie quasi unanimement chez les médecins même si certains infirmiers craignent de voir une partie de leurs tâches menacées. Or les assistants médicaux ne feront pas de pansements ni d'actes médicaux ou de soins. Avis défavorable.

M. Jean-Marie Morisset. – Madame la ministre, une fois la convention arrêtée, il faudra nous dire comment elle fonctionnera.

Dans les territoires ruraux, on nous a encouragés à créer des maisons de santé. Il faudra voir comment cette nouvelle mission s'y inscrira.

L'amendement n°147 rectifié est retiré.

M. Michel Amiel. – L'objet est bien de redonner du temps médical aux médecins.

Beaucoup de temps administratif - 15 à 20 % d'une consultation - s'effectue au détriment du temps médical. Il peut toutefois être important pour le médecin généraliste de prendre lui-même la tension, pour la qualité de la relation avec le patient.

M. Michel Vaspart. – Même si je retire mon amendement, je persiste à défendre les territoires.

L'amendement n°577 rectifié ter est retiré.

M. René-Paul Savary. – Il faut du cousu main. Une bonne assistante bien formée sait distinguer le malade qui nécessite des soins immédiats de celui qui a besoin d'un appui plus social ou d'un rendez-vous plus éloigné. Je suis favorable à la souplesse.

Si cette profession répond à des besoins, 4 000 ne sera pas un nombre suffisant.

M. Max Brisson. – J'ai entendu mes collègues. J'espère que Mme Bonfanti-Dossat, qui a été infirmière, ne m'en voudra pas trop...

L'amendement n°28 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°582 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Alinéa 3

Après le mot :

ainsi

insérer les mots :

la prévention et

Mme Véronique Guillotin. – Le groupe RDSE est favorable à toutes les mesures qui libèrent du temps médical auprès du patient. Cet amendement donnera un cadre légal à la pratique d'assistantes de longue date. Toutefois, un flou persiste sur la formation de ce personnel. On parle bien de secrétariat administratif, mais également d'accueil du patient qu'il faut parfois déshabiller et rhabiller. Ne pourrait-on pas ajouter dans la loi la mission de prévention de cette nouvelle profession, ce qui serait à coût zéro ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est prématuré. Demande de retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je vois cet amendement comme étant d'appel. Nous sommes tous favorables à la prévention et certaines tâches en relèveront sans doute, telle celle que vous décrivez, mais ne l'inscrivons pas dans la loi avant la concertation. Il appartiendra à la négociation professionnelle de définir le périmètre.

Mme Véronique Guillotin. – Il était important d'en parler.

L'amendement n°582 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°461 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La condition d'exercice coordonné ne s'applique pas aux médecins exerçant dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

M. Bernard Jomier. – L'exercice coordonné est posé comme une condition dans la loi. Or c'est dans les zones sous-dotées qu'il est le plus utile de libérer du temps médical et donc d'avoir des assistants médicaux. Donc il faut lever cette condition d'exercice coordonné qui n'est pas remplie dans ces zones. Ce n'est pas une remise en cause de la nécessité de développer les modes d'exonération coordonnés mais ne dressons pas cette barrière infranchissable dans cet article.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission des affaires sociales entend les arguments de M. Jomier. Dans certains cas, les assistants médicaux répondraient aux besoins des médecins isolés des zones sous-dotées. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Effectivement, dans certains territoires, l'exercice coordonné est difficile. Toutefois, l'exercice isolé dans son cabinet, sans s'inscrire dans une démarche de soins collective, n'est plus possible.

Certes des exceptions sont possibles mais tel est bien le signal que nous voulons envoyer. Nous avons choisi de laisser aux participants de la négociation conventionnelle la liberté d'identifier des situations particulières. Mais si nous inscrivons dans la loi que tous les médecins peuvent bénéficier d'un assistant médical, le signal perd de sa force.

Laissons à la négociation conventionnelle le soin d'identifier les situations particulières où la présence d'un assistant est pertinente, sans rigidité. J'ajoute que le temps du médecin dégagé est estimé entre 15 % et 20 %, donc l'assistant ne sera pas employé à temps plein. Avis défavorable.

M. Jean-Louis Tourenne. – D'un côté, vous voulez créer des assistants médicaux pour libérer du temps médical, sans savoir quelles seront leurs missions. D'un autre côté, vous décrétez qu'ils seront

obligatoirement affectés là où l'on pratique la médecine coordonnée. Point de souplesse donc, sauf à l'inscrire dans la loi. Les assistants ont pourtant vocation à aider les médecins ruraux surchargés, qui parcourent des distances importantes. Leur présence encouragera les médecins à s'installer dans des territoires sous-dotés.

Mme Nadia Sollogoub. – Le groupe de travail sur la désertification médicale a auditionné le Conseil national de l'ordre des médecins, qui ne dit pas autre chose. Les médecins isolés exerçant dans des déserts médicaux ont besoin d'être soutenus et aidés.

M. Bernard Bonne. – Je soutiens l'amendement de M. Jomier, d'autant que je ne sais pas si l'on gardera beaucoup de temps médical dans un cabinet à plusieurs médecins si l'assistant doit, entre chaque consultation, déshabiller et rhabiller à chaque fois le patient.

En revanche, l'assistant médical pourrait faire gagner un temps précieux dans les cabinets ruraux isolés. Gardons de la souplesse !

M. Bernard Jomier. – Je partage sans réserve les objectifs du Gouvernement, mais, de grâce, ne faisons pas de l'exercice coordonné une condition préalable. Les jeunes médecins souhaitent déjà travailler de manière collective, et nombre de dispositions conventionnelles les y poussent : c'est le sens de l'histoire. Nous voulons simplement prévoir dans la loi une exception pour les médecins isolés exerçant dans des territoires sous-dotés. Si l'on constate des dérives, les partenaires conventionnels pourront toujours revenir dessus.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je veux lever une confusion. Lorsque nous avons envisagé de créer les assistants médicaux, nous avons en tête trois conditions : un exercice regroupé, pour que l'assistant médical travaille pour plusieurs professionnels dans le même lieu, un exercice coordonné et l'engagement de faire plus de consultations.

Dans la loi, la seule condition qui demeure est celle de l'exercice coordonné, dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), un réseau ou une maison de santé. Tous les médecins doivent penser exercice coordonné, au moins au niveau de la CPTS, c'est-à-dire du bassin de vie. Votre amendement reviendrait à créer une exception pour 20 % du territoire ! Attention au signal envoyé. Je maintiens mon avis défavorable.

L'amendement n°461 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°193 rectifié, présenté par Mmes Micouveau, Deseyne et Bonfanti-Dossat, MM. Chatillon et del Picchia, Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Grand et Lefèvre, Mmes Lherbier et Malet et MM. Morisset et Pellevat.

Alinéa 6

1° Remplacer le mot :

modulation

par le mot :

majoration

2° Remplacer les mots :

un cadre d'exercice coordonné

par les mots :

une prise en charge coordonnée

Mme Brigitte Micouveau. – L'article 29 *quater* incite les professionnels de santé libéraux, *via* leurs conventions avec l'assurance-maladie, à développer les prises en charge coordonnées. Il ne serait pas acceptable que seules certaines formes d'exercice coordonné soient valorisées.

Le nouvel accord-cadre interprofessionnel signé le 10 octobre 2018 entre l'UNPS et l'assurance-maladie prévoit le développement d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité, telles que les équipes ouvertes non formalisées de professionnels libéraux.

Tout professionnel de santé engagé dans une prise en charge coordonnée, quel que soit son mode d'exercice, doit recevoir une rémunération en sus pour le temps dédié à cette coordination.

M. le président. – Amendement identique n°593 rectifié, présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, A. Bertrand, Castelli et Collin, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Guillotin et MM. Menonville, Requier, Roux et Vall.

M. Jean-Claude Requier. – La rédaction de l'article avec les termes « modulation » et « cadre d'exercice » exclut certaines formes d'exercice coordonné. Cet amendement ouvre la rémunération de la coordination à l'ensemble des professionnels de santé.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission des affaires sociales milite pour la souplesse. Les médecins doivent s'inscrire dans un projet de santé à l'échelle d'un territoire, maison de santé ou autre. Mais sur certains territoires, des médecins en fin de carrière pourraient utilement bénéficier d'un assistant, ce qui les aiderait à trouver un successeur ou un associé. Le texte actuel est trop rigide. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable à ces amendements qui dévoient l'esprit du système de santé de demain que nous construisons.

Nous voulons que les professionnels de santé s'inscrivent dans un cadre, notamment une CPTS. C'est cette organisation de territoire que nous voulons promouvoir afin de confier à un collectif de professionnels la responsabilité de couvrir une population, avec un cahier des charges et un financement dédié.

La simple prise en charge coordonnée n'est pas suffisante. Nous souhaitons une coordination structurée, à l'échelle du bassin de vie. Derrière le changement sémantique, il y a un changement structurel.

Les amendements identiques n^{os} 193 rectifié et 593 rectifié sont adoptés.

M. le président. – Amendement n^o 71 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 9

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

3^o L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Le début du quinzième alinéa est ainsi rédigé :

« 12^o Des mesures...(le reste sans changement) » ;

b) Après le quinzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 13^o Les conditions de modulation de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. »

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les pharmaciens d'officine ont toute leur place dans l'exercice coordonné des soins de ville. Je rectifie l'amendement pour tenir compte de l'adoption des amendements précédents.

M. le président. – Ce sera l'amendement n^o 71 rectifié *bis*.

Amendement n^o 71 rectifié *bis*, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 9

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

3^o L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) Le début du quinzième alinéa est ainsi rédigé :

« 12^o Des mesures...(le reste sans changement) » ;

b) Après le quinzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 13^o Les conditions de majoration de la rémunération des pharmaciens en fonction de leur participation à une prise en charge coordonnée. »

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable. Nous n'avons jamais pensé exclure les pharmaciens du cadre coordonné, au contraire !

L'amendement n^o 71 rectifié bis est adopté.

Mme Laurence Cohen. – Cette mesure, quoique floue, est intéressante. Le débat a levé un certain nombre d'incertitudes. Je regrette que cette mesure ait été insérée par amendement à l'Assemblée nationale ; une réflexion plus approfondie aurait été nécessaire. Certains objectifs, comme prendre en charge plus de

patients, mériteraient d'être précisés. Notre groupe s'abstiendra sur l'article.

L'article 29 quater, modifié, est adopté.

La séance est suspendue à 19 h 50.

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 30.

ARTICLE 29 QUINQUIES

Mme Laurence Cohen. – Je veux dire d'emblée mon opposition à cet article introduit par le rapporteur général de l'Assemblée nationale, Olivier Véran. Et je veux la dire d'autant plus que cet article s'inspire d'une recommandation de la mission d'information sénatoriale sur la situation des urgences hospitalières, dont Mme Génisson, M. Savary et moi étions les rapporteurs. Notre rapporteure Catherine Deroche l'a bien noté, Olivier Véran n'a repris qu'un seul de ses trois éléments constitutifs de notre proposition, le forfait de réorientation ; ce bricolage transitoire compliquera la tuyauterie du financement des urgences. Il doit être associé, comme nous le recommandions, à la conservation d'un fonctionnement mixte associant une part de financement à l'activité et une part forfaitaire et à la modulation du montant du financement à l'activité en fonction des pathologies.

La proposition de M. Véran est contraire à l'esprit du serment d'Hippocrate. L'accueil de chaque patient fait partie des missions de l'hôpital. Prendre le risque de renvoyer un malade vers un médecin de ville qui ne pourra peut-être pas le recevoir est irresponsable.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Je veux vous parler d'un bassin de vie qui rassemble 700 000 personnes à une heure de Paris : le Pas-de-Calais. Sa situation sanitaire est révoltante : à Lens, la surmortalité est de 76 % supérieure à la moyenne nationale. Les causes de cette hécatombe sont multiples ; pour se donner bonne conscience, certains invoqueront les addictions mais la réalité, c'est une prévention très en retard, en particulier dans le dépistage des cancers, et l'insuffisance de médecins. S'il y avait suffisamment de médecins en ville, les patients n'iraient pas s'entasser aux urgences plus de 24 heures. À Lens, l'hiver dernier, alors que se combinaient le gel et la grippe, des soignants ont dû planter des clous dans les couloirs pour suspendre des perfusions... Le personnel est exténué. Les personnes âgées préfèrent rester chez elle plutôt que d'être transférées à l'hôpital. Les services du SMUR ont été complètement déshabillés. Madame la ministre, lorsque vous nous avez rendu visite la semaine dernière, vous avez eu raison d'insister sur l'urgence qu'il y a à rouvrir la seconde équipe de nuit du SMUR, fermée depuis trop longtemps. Le problème de l'hôpital et des urgences, c'est d'abord le sous-

investissement. Le préfet a signé le permis de construire du futur hôpital, il est vital pour notre territoire mais ce ne sera pas suffisant.

M. Bernard Jomier. – Je ne ferai pas injure à l'auteur de cette proposition de ne pas y avoir réfléchi. La question de l'engorgement des urgences est ancienne, elle appelle des réponses qui ne sont pas simples - si elles l'avaient été, nous les aurions trouvées depuis longtemps - et relèvent de plusieurs niveaux. Pour les urgences elles-mêmes, un problème de moyens. Le rapport Carli a bien traité du problème de l'aval mais il y a aussi la question fondamentale de l'amont. La fin de l'obligation déontologique de garde a marqué le début du désengagement de la médecine de ville de la prise en charge des soins non programmés. C'est sur tout cela qu'il faut travailler et non renoncer en inventant la tarification à l'inactivité !

M. Michel Amiel. – Pour avoir pratiqué les urgences hospitalières comme de ville, je suis très surpris par cette mesure. Certes, il y a des patients qui n'ont pas leur place aux urgences mais pour les réorienter, il faut les examiner. Vers qui les orienter et à quelle heure ? Prenons l'exemple d'un enfant qui a mal à l'oreille et 39 de fièvre. Certes il ne relève pas des urgences. Mais où l'envoyer ? L'enjeu est donc de développer l'amont. Comme mon confrère Jomier, je regrette la fin de l'obligation de garde. Ce n'est pas en créant des consultations qui n'en sont pas qu'on réglera le problème. Madame la ministre, je suis désolée, moi qui partage votre politique, de ne pouvoir souscrire à cette fausse bonne idée qu'est le forfait de réorientation.

M. le président. – Amendement n°1 rectifié *bis*, présenté par Mmes Estrosi Sassone et Micouleau, M. Bonhomme, Mme Deromedi, MM. de Nicolaÿ, Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguière, MM. Grosdidier et Pillet, Mmes Raimond-Pavero et Lopez, M. Cardoux, Mmes Gruny, A.M. Bertrand et Lanfranchi Dorgal, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Cuypers, Mme Dumas, MM. Pellevat, Kennel, J.M. Boyer et Cambon, Mme Garriaud-Maylam, MM. Bouchet, Duplomb et Saury, Mme L. Darcos, MM. Karoutchi, Priou, Piednoir et Paccaud, Mme M. Mercier, MM. Pointereau, Lefèvre, Revet, B. Fournier, Mayet et Vaspart, Mme Thomas, MM. Babary, Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et MM. Sido et Gremillet.

Supprimer cet article.

Mme Brigitte Micouleau. – Le forfait de réorientation, qui pourrait s'élever de 20 à 60 euros, envoie un mauvais signal comptable. Surtout, il y a un risque médical. Comment prendre la décision de réorienter certains patients et avoir la certitude que toute urgence vitale est écartée ? Et ce, d'autant plus que lors des passages aux urgences, les antécédents et les informations de santé sont généralement parcellaires. Sur qui reposeront les conséquences d'une éventuelle erreur de diagnostic ?

M. le président. – Amendement identique n°72, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cette mesure, qui a déjà fait l'objet d'une campagne de presse importante, fait l'unanimité contre elle au Sénat. Cela peut sembler paradoxal car les médias nous en attribuent la paternité. De fait, la mesure ne reprend que l'un des trois éléments constitutifs de la proposition de la mission sénatoriale sur la situation des urgences hospitalières. C'est faire l'économie d'une réflexion plus générale sur le mode de financement des urgences. Ensuite, quand bien même la réorientation du patient passerait par une consultation préalable, cette réorientation s'analyse comme un acte médical non accompli et pour autant rémunéré. Enfin, cette mesure sera-t-elle véritablement incitative quand la facturation d'une consultation et d'exams complémentaires emporte des montants généralement plus élevés que ceux envisagés pour le forfait de réorientation ?

M. le président. – Amendement identique n°218 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, A. Marc et Lagourgue, Mme Mélot, MM. Louault, Huré et Magras, Mme Malet, MM. Nougéin, L. Hervé, del Picchia et H. Leroy et Mme Perrot.

Mme Viviane Malet. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°298, présenté par M. Amiel.

M. Michel Amiel. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°462 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

M. Bernard Jomier. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°518, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

M. Fabien Gay. – Les déserts médicaux ne sont pas situés que dans les territoires ruraux. En Seine-Saint-Denis, ils existent aussi. Que faire le dimanche soir, quand vous avez mal ? Le cabinet du médecin de ville est fermé. Vous pouvez toujours appeler SOS Médecins, ils ne se déplacent pas. Quand votre premier enfant fait 40 °C de fièvre à 3 mois, vous êtes en flippe... Et vous allez aux urgences ! Pour le deuxième, c'est plus facile. (*Sourires*) On vous a appris qu'il fallait lui donner un bain pour faire redescendre la fièvre. (*Rires*) Je vous parle de la vie réelle !

J'entends bien, le forfait de réorientation, c'est des économies mais de l'argent, il y en a dans ce pays : l'ISF, les 80 milliards d'euros d'évasion fiscale...

M. le président. – Amendement identique n°583 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell,

Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes et MM. Gabouty, Gold, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Personne n'imagine évidemment régler le problème de l'engorgement des urgences avec cet article. Nous agissons sur l'amont des urgences, avec les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, qui ont pour objectif une permanence des soins non programmés et ils y seront incités financièrement. Tous les Ehpad seront équipés en télémédecine afin d'éviter des transferts aux urgences. Sur l'aval, les groupements hospitaliers de territoires, les GHT, seront équipés du fameux logiciel de gestion des lits. Nous développons l'offre de soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux de proximité. Nous augmentons le nombre d'urgentistes, avec plus de 400 internes par an.

Sur ce gros gâteau de la structuration de l'offre de soins s'ajoute la petite cerise qu'est l'idée d'Olivier Véran : faire de la pédagogie auprès des citoyens qui vont aux urgences pour de la bobologie, une banale entorse à la cheville, voire demander le renouvellement d'une ordonnance. Il ne s'agit évidemment pas de renvoyer quelqu'un qui fait un infarctus. Évitions la caricature ! Il s'agit d'une expérimentation encadrée qui met l'accent sur la pertinence des soins. Nous ne sommes pas idiots, nous ne mettrons pas en place l'expérimentation dans des territoires pauvres en soins. L'avis est évidemment défavorable.

M. Alain Milon, président de la commission. – Je veux également dire mon désappointement devant cette proposition du médecin neurologue Olivier Véran. Des bonnes intentions sont parfois exploitées négativement par les médias, cela nous arrive à tous... Il est expliqué partout que celui qui renverrait la personne qui arrive aux urgences sans rien avoir à y faire toucherait une « commission » de 20 à 60 euros. À ce compte, je rouvre mon cabinet et je refoule tous les patients... (Sourires) Plus sérieusement, le désengorgement des urgences passe par des maisons médicales à l'entrée des urgences ou l'embauche de médecins généralistes aux urgences pour intervenir avant les urgentistes.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général. – C'est bien en amont qu'il faut traiter le problème en multipliant les maisons de garde, en mettant enfin en place le numéro unique des médecins de ville dont on parle depuis si longtemps, en prévoyant peut-être un remboursement différencié la nuit - beaucoup de gens vont aux urgences parce que cela ne coûte rien. Madame la ministre, vous qui parlez d'expérimentation, expérimentez cela !

Les amendements identiques n^{os} 1 rectifié bis, 72, 218 rectifié bis, 298, 462 rectifié, 518, 583 rectifié sont adoptés.

L'article 29 quinquies est supprimé.

ARTICLE 29 SEXIES

Mme Catherine Deroche, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-maladie. – Notre commission ne peut que souscrire aux objectifs visés à cet article : la garantie de la sécurité et de la qualité des soins dans les services hospitaliers. La possibilité de récupérer auprès des établissements de santé les sommes indûment facturées au titre des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation constituera un instrument supplémentaire pour inciter les établissements à respecter les seuils d'activité. Cependant, pourquoi proposer une mesure financière plutôt que la fermeture des services n'offrant pas toutes les garanties de sécurité ? Le problème résiderait plutôt dans la bonne conduite des contrôles et l'on peut s'interroger à voir les modifications apportées par l'ordonnance du 3 janvier 2018 au régime des visites de conformité des ARS.

En audition, a émergé la question de l'adéquation de la définition des seuils fixés par voie réglementaire avec les conditions réelles de l'activité des établissements de santé. La définition des seuils au niveau de l'établissement ne rendrait pas compte, en particulier, de la réalité de l'activité pratiquée par chacun des professionnels de santé. Une réforme des autorisations est en cours, j'espère que le Gouvernement tiendra compte de nos observations.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Pour un certain nombre de cancers, celui de l'œsophage ou celui de l'utérus, le patient perd 10 % à 20 % de chances de survie s'il n'est pas opéré dans un hôpital où le plateau technique est adapté. Or il se trouve que certaines interventions continuent d'être pratiquées dans des établissements qui n'ont pas l'autorisation. On ne peut certes pas reprocher à un chirurgien d'opérer un cancer du côlon découvert lors de l'opération d'une occlusion intestinale mais le cas est rare. Fermer le plateau reviendrait à priver la population d'un service de chirurgie générale. Nous n'avons pas d'autre solution que l'arme financière. Là encore, nous recherchons la pertinence.

M. Michel Amiel. – Vous avez mille fois raison, c'est de la pertinence et de la vraie ! Le maire, qui défendra bec et ongles son hôpital de proximité, ira se faire soigner ailleurs, dans le meilleur hôpital, s'il a un cancer. Faire en sorte que le plateau technique soit adapté aux interventions pratiquées va dans le bon sens.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'insiste : il y a vraiment une question sur les seuils : faut-il un seuil par établissement ou individualisé par praticien ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – C'est bien la difficulté ; pour le cancer de l'œsophage, le seuil pertinent est celui du plateau technique ; à l'inverse pour le cancer de l'utérus, c'est l'expérience du chirurgien qui compte. Nous avons saisi l'ARS de la question.

L'article 29 sexies est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°538 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 29 sexies

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. – 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. – Cet amendement instaure un moratoire sur la fermeture des services ou des établissements de santé. La ministre de la santé a assuré qu'il n'y aurait pas de fermetures d'hôpitaux de proximité, ajoutant que la fermeture des services d'urgence était un « mythe ». Mais dans les déserts médicaux, on a bien du mal à se soigner. La fermeture de la maternité de l'hôpital Bichat à Paris ou du Blanc sont-ils des mythes ? Celle de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, des hôpitaux de Longjumeau, Juvisy, Orsay ? Avant de fermer un hôpital, il faut une concertation avec les patients et les habitants pour mettre en place les solutions qui s'imposent.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est l'éternel dilemme entre la proximité et la qualité des soins. Avis défavorable à ce moratoire.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Parler de « mythe » ne me ressemble guère, j'ai simplement mentionné le fait qu'il y avait eu davantage d'ouverture de services d'urgences que de fermetures. J'ai hérité d'une situation qui est le fruit de décisions prises il y a vingt ans ; croyez-moi, fermer une maternité, un hôpital, n'est pas mon objectif dans la vie ; je ne suis pas devenue ministre pour cela. Je m'y résous quand

la sécurité des patients est en cause. Comment garder une maternité où il y a des trous dans le tableau de garde un jour sur deux, pas de pédiatre ? Certains voudraient faire fonctionner la maternité du Blanc avec deux obstétriciens de 70 ans à la retraite...

Je veux assurer la même qualité de soins aux Français que celle que je veux pour ma famille, c'est le contrat que j'ai passé avec les Français. La démographie dans certaines spécialités médicales est catastrophique, je dois prendre des choix difficiles. Bien sûr, le conseil de surveillance et les élus sont consultés. Parfois, cela ne suffit pas. Nous nous employons à trouver des solutions de repli, elles peuvent passer par une offre de transport, des lits de périnatalité. Dans tous les cas, nous agissons après concertation. Je peux vous l'assurer : aucune fermeture n'est guidée par des considérations financières, ma volonté est d'assurer à tous le meilleur niveau de qualité et de sécurité.

Mme Catherine Troendlé. – Madame la ministre, je vous fais confiance, je vous sais sincère mais laissez-moi vous décrire la situation dans le Haut-Rhin. Nous avons accepté la fermeture de la maternité du petit hôpital de Saint-Louis, peu de temps après a suivi la fermeture des urgences de l'hôpital de Thann et, pour les habitants de ce territoire accidenté qui se situe à une heure trente de Mulhouse, nous avons signé une convention avec le SDIS pour qu'il assure les transports. L'ARS a un nouveau projet de réorganisation qui touche l'hôpital d'Altkirch. Tout sera regroupé à Mulhouse, dans un hôpital gigantesque. Alors, madame la ministre, je ne doute pas de votre sincérité mais, souvent, les ARS sont dans une démarche purement financière. Je voterai l'amendement de Mme Cohen. *(Applaudissements sur quelques bancs du groupe Les Républicains)*

Mme Patricia Schillinger. – Je suis du même territoire que Mme Troendlé. Quand la maternité part, les gynécologues partent aussi. Les femmes de 55-80 ans, qui vivent dans les vallées, ne feront plus les examens car aller en ville, c'est compliqué. Évitions au moins les fermetures brutales pour permettre aux territoires de s'organiser. À Mulhouse, à la suite de la fermeture de deux maternités, il y aura 3 500 accouchements pour 7 salles d'accouchement ! C'est la chaîne.

Mme Laurence Rossignol. – Sans confondre la discussion du projet de loi de financement et les questions orales sans débat, je veux également intervenir pour faire crédit à Mme la ministre qu'elle n'est pas là pour fermer des maternités. Pour autant, des maternités ferment et cela se passe sous votre tutelle. Ainsi, dans l'Oise, la maternité de Creil, de niveau 2, 1 700 accouchements par an, va être fusionnée avec une autre maternité qui en pratique également 1 700 par an, tandis qu'une autre maternité, à Clermont, est menacée de fermeture à 25 km de là. Le Creillois compte 80 000 habitants ; 40 % de la population est très pauvre, dépourvue de voiture, il n'y

a pas de transports en commun. Comment les femmes feront-elles ? Je voterai l'amendement n°538 rectifié.

M. Max Brisson. – Madame la ministre, je n'ai pas le talent de Jean Lassalle et je ne chanterai pas dans l'hémicycle mais vous entendrez dire que vous voulez la même qualité de soins pour les Français que pour votre famille m'a choqué. La maternité d'Oloron-Sainte-Marie fermera en dépit du combat qu'ont mené les vallées d'Aspe et d'Ossau. Pensez-vous qu'une femme habitant Urdos, qui devra prendre sa voiture un jour de brouillard et faire trois heures de route pour aller accoucher à Pau a le même accès aux soins qu'une Paloise ? Pensez-vous que c'est cela l'égal accès aux soins ?

Mme Nadia Sollogoub. – Les territoires sont prêts à tout pour attirer des médecins généralistes, ils proposent une voiture, une maison, une secrétaire. Mais tout cela ne sert à rien s'il n'y a pas de services d'urgences à proximité. Ils ne pourront pas prendre les patients en première instance.

M. Alain Milon, président de la commission. – Je soutiens les propos de Mme la ministre. Mmes Troendlé et Schillinger sont intervenues pour manifester contre la fermeture de maternités en Alsace. La caisse d'assurance-maladie d'Alsace n'est pas déficitaire. C'est une décision prise par rapport au plateau technique, et non pas en fonction de critères financiers. On ne peut se permettre de laisser des maternités ouvertes sans obstétriciens, sans anesthésistes ou avec trop peu de sages-femmes.

Dans le Vaucluse, j'ai été favorable à la fermeture de deux maternités après avis de l'ARS PACA, car il n'était pas possible de prendre le risque de voir une femme décéder suite à une rupture utérine pendant un accouchement parce que le plateau technique aurait manqué de praticiens. Je préfère un accouchement dans l'ambulance en route vers un hôpital dont le plateau technique est suffisant, qu'une rupture utérine dans un hôpital sans médecin !

Les décisions prises ne le sont pas pour embêter les élus ou les populations mais pour assurer la sécurité des femmes qui accouchent.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Merci, monsieur le président de la commission des affaires sociales, de dire la vérité. Si nous fermons des maternités, c'est parce que nous manquons d'obstétriciens. Mais je puis vous affirmer que j'en suis meurtrie.

M. Max Brisson. – À Oloron-Sainte-Marie, il y en avait un !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans certains endroits, les listes de garde sont incomplètes et les femmes risquent d'arriver dans un hôpital où il n'y a pas de médecin. Il n'y a pas de sujet financier : les postes sont ouverts, mais non pourvus.

Les autres pays européens souffrent des mêmes difficultés. Les Allemands ont le même problème de

démographie médicale. Aucun pays n'a anticipé le changement des habitudes de vie des médecins.

Un service de périnatalité est un plus et nous les développons. La prise en charge des femmes en amont et en aval est très importante.

Mon seul souci aujourd'hui est démographique. Le *numerus clausus* a été doublé mais il faut dix à quinze ans pour former un médecin.

M. Alain Milon, président de la commission. – Quand vous prenez votre voiture, exigez-vous un hôpital là où vous allez avoir un accident ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le moratoire défendu par l'amendement, cela signifie de maintenir des établissements où la sécurité n'est pas assurée. Qui sera responsable en cas d'accident ?

Mme Laurence Cohen. – Ce débat montre que tout ne se passe pas dans un ciel serein. Personne ne souhaite mettre en danger la santé de qui que ce soit. Les exemples de fermeture pourraient être multipliés, et ils montrent un problème dans les décisions que vous prenez, madame la ministre. On concentre un nombre d'accouchements extrêmement important dans certains établissements. Sur le papier, ça marche. Mais on ne se déplace pas dans les territoires de façon identique. Mme Laurence Rossignol a évoqué les personnes qui n'ont pas de voiture dans l'Oise ; Mme Catherine Troendlé, elle, a parlé du Haut-Rhin. Les professionnels qui m'ont alertée sur ces cas connaissent le terrain et sont soucieux de la bonne santé de leurs patients. Un accouchement dans une voiture, ce n'est pas vraiment sécurisant, monsieur le président Milon !

J'ai repris le terme de « mythe » car il figurait dans un article qui reproduisait vos propos. Je ne me serais pas permis d'inventer.

L'amendement n°538 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 29 SEPTIES

M. le président. – Amendement n°73, 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, vise à étendre le champ des expérimentations pour l'innovation au sein du système de santé aux initiatives en matière d'éducation thérapeutique.

L'objectif est déjà pris en compte dans la rédaction issue de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de l'an passé : optimiser le parcours de santé et la qualité des prises en charge ne peut se faire en effet sans associer étroitement le patient.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°73 est adopté et l'article 29 septies est supprimé.

ARTICLE 29 OCTIES

M. le président. – Amendement n°409 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny. – Nos auditions préparatoires nous ont laissé penser qu'il n'y a pas lieu de changer le mode de financement de l'École des hautes études en santé publique et du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, celui-ci convenant aux acteurs concernés.

Les établissements souhaitent en effet rester eux-mêmes financeurs, craignant que la fin du lien financier ne présage la fin du lien organique interne.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le versement pour 2 300 établissements de santé est lourd, complexe, avec l'émission de plusieurs milliers de titres de recettes. La solution proposée par cet article est plus simple. Il n'y a pas lieu de craindre la rupture du lien organique. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il ne s'agit en aucun cas de modifier la gouvernance de ces établissements. C'est juste une affaire de tuyauterie financière, pour faire plus simple et plus sain. Retrait ?

L'amendement n°409 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°463 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) la dernière phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : « Un décret fixe les modalités de participation des organismes d'assurance maladie, de versement et de répartition entre les régimes, ainsi que les conditions de représentation des établissements mentionnés à l'article 2 de la présente loi dans les organes de gouvernance du centre national de gestion. » ;

II. – Alinéa 7, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Un décret fixe les modalités de participation des organismes d'assurance maladie, de versement et de répartition entre les régimes, ainsi que les conditions de représentation des établissements mentionnés à l'article 2 de la présente loi dans les organes de gouvernance de l'École des hautes études en santé publique.

M. Bernard Jomier. – J'ai entendu les assurances de Mme la ministre. Donc, je le retire.

L'amendement n°463 rectifié est retiré.

L'article 29 octies est adopté.

ARTICLE 30

M. Jean-Louis Tourenne. – Les médecins intérimaires que l'on pourrait qualifier de mercenaires, si nous n'étions pas bienveillants, coûtent extrêmement cher aux hôpitaux. Ils ont des exigences énormes. Les hôpitaux sont contraints de recourir à leur service - parfois c'est 2 000 à 3 000 euros par jour - parce qu'ils n'ont pas le choix. Lorsqu'il a été décidé de plafonner leurs émoluments dans les hôpitaux publics, leurs syndicats ont même appelé au boycott. Il s'agit d'un déni du serment d'Hippocrate. Où en est-on de ce problème ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'ai souhaité réguler la rémunération de ces médecins mercenaires en signant un décret en octobre de l'an passé, visant à fixer un plafond à 1 500 ou 1 800 euros, et le plafond était dégressif d'année en année pour éviter des rémunérations outrancières qui grevaient le budget des hôpitaux. Certains syndicats ont mené une fronde. Le ministère a porté plainte contre ces syndicats de médecins remplaçants qui, en boycottant les hôpitaux publics, ont une attitude loin d'être déontologique. Il faut que tous les hôpitaux publics jouent le jeu dans ce rapport de force.

L'amendement n°319 rectifié n'est pas défendu.

L'article 30 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°164 rectifié *ter*, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Bérêt-Débat et Cabanel, Mmes Conconne et Conway-Mouret, M. Duran, Mme Espagnac, M. Fichet, Mme M. Filleul, M. Jacquin, Mmes Jasmin, G. Jourda et Lubin, MM. Madrelle, Manable et Mazuir, Mme Monier, M. Montaugé, Mme Prévaille, M. Roger, Mme Taillé-Polian et MM. Todeschini et Vaugrenard.

Après l'article 30

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 Nadine Grelet-Certenais. – Véritable serpent de mer de nos débats sur le PLFSS, je vous propose cet amendement qui prévoit que, dans des zones définies par les ARS, en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles existe une densité

médicale qui permet une offre de soins satisfaisante, un nouveau médecin libéral ne peut 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 donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations. Il s'agit bien ici de traiter une problématique profonde de nos territoires, notamment ruraux : la désertification médicale.

Il faut apporter une réponse politique forte à cet enjeu majeur et cet amendement, qui a déjà été adopté par notre assemblée, pourrait changer la donne pour nos territoires qui souffrent cruellement de ce sentiment d'abandon.

Les maisons de santé peuvent quelques fois être de véritables « points d'appui » lorsqu'elles sont implantées à proximité d'un hôpital. C'est le cas par exemple du PSSL du Bailleul où quelques spécialistes peuvent y effectuer des rendez-vous décentralisés. Si ces hôpitaux de proximité n'ont plus les moyens de fonctionner, c'est autant de pertes de soins pour les populations.

Ce PLFSS ne répond pas à la détresse de nos concitoyens.

Je vous avais déjà interpellée durant l'été sur le problème de l'accès aux soins et notamment à l'IVG qui a déclenché une vive polémique médiatique.

L'on constate quotidiennement les ravages du manque de médecins dans nos campagnes. L'exemple de l'hôpital de Saint-Calais est très marquant. Toute la population est mobilisée pour préserver le service des urgences. Le problème du recrutement a ici un impact direct sur le maintien de l'accès aux soins.

Si je peux comprendre les réticences sur cet amendement, pourquoi ne pas accepter le principe d'une expérimentation qui vous est proposée par l'amendement suivant. La démographie médicale est une affaire politique dont il faut que nous nous saisissions

M. le président. – Amendement identique n°362 rectifié *ter*, présenté par MM. Tissot et Tourenne, Mme Ghali et MM. Iacovelli, P. Joly et Raynal.

M. Jean-Louis Tourenne. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°519, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

M. Fabien Gay. – Entre 2012 et 2016, l'accès aux médecins spécialistes s'est réduit pour 38 % des Français en ce qui concerne les ophtalmologistes, 40 % s'agissant des pédiatres et même 59 % pour les gynécologues. Face à la désertification médicale, aux délais de rendez-vous de plus en plus longs, à la pénurie de spécialistes, la majorité promet des mesures incitatives.

Pourtant, aucune des multiples mesures incitatives de ces dernières décennies n'a fonctionné. Lorsque nos collègues députés ont proposé cet amendement prévoyant que dans les zones dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance-maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité, vous avez répondu, madame la ministre, que « le conventionnement sélectif n'a fonctionné nulle part en Europe, ni en Allemagne ni aux Pays-Bas, non plus qu'au Canada, en dépit des sommes phénoménales qui y ont été consacrées ».

Or le rapport sénatorial de 2013 de la commission du développement durable sur les déserts médicaux démontre que l'exemple Allemand est un système efficace dès lors que les mesures de régulation ont été couplées aux mesures d'incitation.

Mais, derrière la question de l'implantation des médecins se pose le problème d'attractivité territoriale. C'est pourquoi nous exigeons le maintien des caisses primaires d'assurance-maladie, des bureaux de poste, des services publics de proximité, de l'ouverture des écoles afin d'attirer les jeunes médecins qui ne souhaitent pas s'installer dans un désert de service public.

M. le président. – Amendement n°165 rectifié *bis*, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Bérít-Débat et Cabanel, Mmes Conconne et Conway-Mouret, M. Duran, Mme Espagnac, MM. Féraud et Fichet, Mme M. Filleul, M. Jacquín, Mmes Jasmin, G. Jourda et Lubin, MM. Madrelle, Manable et Mazuir, Mme Monier, M. Montaugé, Mme Prévillé, M. Roger, Mme Taillé-Polían et MM. Tissot, Todeschini et Vaugrenard.

Après l'article 30

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 Nadine Grelet-Certenais. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission est défavorable au conventionnement sélectif des médecins qui pourrait être contre-productif.

Des médecins pourraient même se détourner de l'exercice de la médecine libérale et même de la médecine. Le principe paraît séduisant mais je vous défie de trouver une zone sur-dotée en médecins généralistes. Les cartes ARS le démontrent : on ne gère des pénuries par des mesures coercitives. C'est une fausse bonne idée. Avis défavorable à tous les amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je suis pleinement en phase avec Mme la rapporteure. Les mesures incitatives financières ne suffisent pas, en effet. Mon plan repose sur une meilleure répartition du temps médical, avec, par exemple, des exercices partagés entre deux cabinets. Le plan « Ma santé 2022 » répartit mieux le suivi des malades chroniques entre les différents professionnels de santé. Il faut en effet réinstaller des services publics de proximité. Nous allons y arriver : c'est fondamental pour redonner de l'espoir dans ces territoires qui ont été abandonnés. Avis défavorable.

Mme Véronique Guillotin. – Le groupe RDSE votera contre. Il n'a jamais été prouvé que les incitations financières ou coercitives fonctionnaient. La Meuse est devenue le territoire qui attire le plus de jeunes médecins du Grand-Est grâce à l'exercice coordonné alors qu'il était très sous-doté.

Les amendements identiques n^{os} 164 rectifié ter, 362 rectifié ter et 519 ne sont pas adoptés.

L'amendement n°165 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°166 rectifié ter, présenté par Mme Grelet-Certenais, MM. Bérit-Débat et Cabanel, Mmes Conconne et Conway-Mouret, M. Duran, Mme Espagnac, MM. Fichet et Jacquin, Mmes Jasmin et G. Jourda, MM. Madrelle, Manable, Mazuir et Montaugé, Mme Prévile, M. Roger, Mme Taillé-Polian et MM. Todeschini et Vaugrenard.

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

En vue d'assurer le respect du principe posé à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les objectifs de la politique de santé publique et garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire, le ministre chargé de la santé prend les mesures nécessaires lorsque l'évaluation établie par le directeur général de l'agence régionale de santé et prévue à l'article L. 1434-8 du code de la santé publique fait apparaître que les besoins d'accès aux médecins généralistes pour la population ne sont pas satisfaits.

Un décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles ces mesures concilient le respect de la libre installation et les besoins d'installation. Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles les prestations effectuées par les praticiens ne respectant pas ces conditions peuvent faire l'objet de restrictions dans le remboursement par les organismes de l'assurance-maladie.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Comme précédemment, cet amendement vise à ce que le Gouvernement prenne ses responsabilités. Des mesures relatives au niveau du remboursement des soins doivent pouvoir être raisonnablement envisagées lorsque l'installation du praticien n'a pas permis de remédier à la désertification, en dépit des propositions d'installation qui ont pu lui être faites. Elles doivent se fonder sur l'évaluation établie par le directeur général de chaque ARS. Les conséquences de cette évaluation, aujourd'hui sans effet contraignant, pourraient faire l'objet d'un décret en Conseil d'État qui définirait les cas et conditions dans lesquels, après concertation avec la profession, il pourrait être décidé de ne pas rembourser ou de ne rembourser que partiellement les prestations faites par des praticiens qui auraient refusé jusqu'à trois propositions successives d'installation.

Il s'agit de mettre fin au bricolage de mesures et d'avoir un discours ferme et clair afin de respecter l'égalité des territoires. La dématérialisation des consultations ne peut être qu'une réponse d'appoint. Les ruraux ou les périurbains ne doivent pas servir de cobayes à la robotisation de la médecine. Le rapport de notre collègue Député Philippe Vigier, déposé en juillet dernier, se prononce pour des solutions de régulation. C'est une mesure d'intérêt général et le législateur se doit de proposer des solutions concrètes aux Français qui n'ont pas ou plus accès aux soins.

M. le président. – Amendement identique n°365 rectifié quater, présenté par MM. Tissot et Tourenne, Mme Ghali et MM. Iacovelli et P. Joly.

M. Jean-Louis Tourenne. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les patients seraient les premiers à pâtir de ces mesures. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Les amendements n^{os} 166 rectifié ter et 365 rectifié quater ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°366 rectifié bis, présenté par M. Tissot, Mmes Taillé-Polian et G. Jourda, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne, Jacquin et Duran, Mme Espagnac, M. Féraud, Mme Ghali, MM. Iacovelli et P. Joly, Mme Prévile et M. Raynal.

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les besoins médicaux du pays. Ce rapport réalise un état des lieux poste par poste aussi bien dans les établissements publics que privés du manque de médecins. Aussi, il évalue les besoins en médecins région par région en lien avec les agences régionales de santé.

M. Jean-Louis Tourenne. – Cet amendement demande au Gouvernement de fournir au Parlement un état des lieux - et non pas un rapport - relatif aux déserts médicaux, poste par poste, dans les établissements publics et privés, pour informer la représentation nationale avec une analyse précise des besoins en médecins région par région, afin de travailler à une meilleure couverture médicale en France.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Même s'il ne s'agit pas d'un rapport, avis défavorable. La documentation sur la démographie médicale est déjà bien fournie : ARS, observatoires régionaux de la santé, etc... Un nouveau rapport ne serait pas utile. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il existe déjà des rapports de la DREES, de l'Ordre des médecins, de l'observatoire national des professions de santé, etc...

Nous disposons déjà des données nécessaires. Cela ne résoudra malheureusement pas le problème. Avis défavorable.

L'amendement n°366 rectifié bis n'est pas adopté.

ARTICLE 31

Mme Laurence Cohen. – Cet article permet aux maisons de santé pluri-professionnelles constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires de salarier les auxiliaires médicaux en pratique avancée. Pourquoi faire une distinction entre les structures, les centres et les maisons de santé ? Pourquoi proposer l'embauche de salariés dans les maisons de santé et ne pas prévoir de mesures en faveur des centres de santé, qui correspondent pourtant aux attentes des territoires, des élus locaux, et des professionnels, dans la mesure où ils pratiquent le tiers payant.

M. le président. – Amendement n°12 rectifié *ter*, présenté par Mme Estrosi Sassone, M. Bonhomme, Mme Deromedi, M. de Nicolaÿ, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguère, MM. Grosdidier et Pillet, Mmes Raimond-Pavero, Gruny, A.M. Bertrand et Lanfranchi Dorgal, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Cuypers, Mme Dumas, MM. Pellevat, J.M. Boyer et Cambon, Mme Garriaud-Maylam, M. Bouchet, Mme L. Darcos, MM. Priou, Piednoir et Paccaud, Mme M. Mercier, MM. Lefèvre et Revet, Mme Berthet, MM. B. Fournier, Mayet et Vaspart, Mme Thomas, MM. Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et M. Sido.

Supprimer cet article.

M. Jean-Marie Morisset. – L'article 31 entend permettre le salariat d'auxiliaires médicaux par la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), structure juridique des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

Or dans le projet de loi, il est noté que les professionnels de santé souhaitent une diversification de leur rémunération au sein de structures libérales. Mais, cette interprétation est fautive si l'on en juge toutes les enquêtes menées auprès des étudiants en santé et des professionnels eux-mêmes. L'exercice libéral au sein d'une MSP est un des premiers arguments en faveur d'un choix d'installation.

D'autre part, cet article ne concerne que les auxiliaires médicaux. Il ne peut y avoir une discrimination entre les professions médicales et ces derniers.

L'exercice salarié de l'ensemble des auxiliaires médicaux est dans une situation critique en raison de l'absence de revalorisation de leurs grilles salariales. Cet article, qui prône le salariat, risque de provoquer une vacance des postes d'auxiliaires médicaux dans les MSP.

M. le président. – Amendement identique n°192 rectifié *bis*, présenté par Mmes Micouleau et Deseyne, MM. Chatillon, del Picchia et Grand et Mmes Lherbier et Malet.

Mme Brigitte Micouleau. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°591 rectifié, présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, Collin, Gabouty et Guérini, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall.

M. Guillaume Arnell. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet article offre une faculté supplémentaire aux auxiliaires médicaux en pratique avancée, celle d'exercer comme salarié. Retrait ou avis défavorable à ces amendements de suppression. La souplesse est nécessaire pour répondre aux défis des territoires.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il s'agit simplement en effet de laisser le choix aux infirmières de pratique avancée de rejoindre une MSP sous le statut qu'elle souhaite, soit en libérale, soit en salariée. Ce n'est pas un article particulièrement disruptif.

Madame Cohen, je ne fais pas de distinctions entre les maisons de santé et les centres de santé. Les aides à l'installation sont identiques. Les ARS ne pratiquent pas de distinguo.

Dans le plan pauvreté que j'ai présenté, nous allons d'ailleurs créer 100 centres de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

*Les amendements identiques n°12 rectifié *ter*, 192 rectifié *bis* et 591 rectifié sont retirés.*

M. le président. – Amendement n°585 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

I. – Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° Sous réserve que les statuts le prévoient, l'exercice par des professionnels de santé non associés ;

II. – Alinéa 4

Remplacer les mots :

de la pratique mentionnée au 3° de l'article L. 4041-2

par les mots :

par des professionnels de santé non associés

Mme Véronique Guillotin. – Des jeunes professionnels hésitent parfois à s'installer en libéral faute d'en avoir eu l'expérience avant.

C'est pourquoi tout professionnel de santé inscrit au code de la santé publique doit pouvoir être salarié d'une SISA et cette dernière doit pouvoir facturer en leur nom.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les MSP ont été conçues autour d'un mode d'exercice libéral. Il n'est pas tout à fait pareil de salarier un médecin ou une infirmière de pratique avancée. Avis défavorable.

L'amendement n°585 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°158 rectifié *bis*, présenté par M. Tourenne, Mmes Conconne et Conway-Mouret, MM. Duran, Houlegatte, P. Joly et Marie, Mme Prévaille, MM. Vaugrenard, Assouline, J. Bigot, Cabanel et Daudigny, Mme Grelet-Certenais et MM. Jacquin, Kerrouche, Lozach et Tissot.

Après l'alinéa 6

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le 3° de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale 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 ».

M. Jean-Louis Tourenne. – Mon amendement vise à remédier aux difficultés de recrutement des kinésithérapeutes dans les Ehpad et en milieu rural. Les déserts médicaux sont frappés par un effet boule de neige. Dès qu'un professionnel part d'un Ehpad, les autres partent aussi. Pourquoi ne pas transposer aux masseurs-kinésithérapeutes le même dispositif que pour les infirmiers qui prévoit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement de santé avant toute installation ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Retrait ou avis défavorable : l'instauration de cette mesure sans concertation avec les professionnels concernés serait mal comprise. Un avenant à la convention des masseurs-kinésithérapeutes a été signé il y a un an et il prévoit des mesures de régulation démographique.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°158 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°74, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 7

Supprimer cet alinéa.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'Assemblée nationale a demandé la remise d'un rapport au Parlement sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire et leur impact en termes d'accès aux soins. Le champ très large du rapport prévu dépasse celui de l'article 31 et n'a pas de lien direct avec le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°74 est adopté.

L'article 31, modifié, est adopté.

ARTICLE 32

M. le président. – Amendement n°75 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 25

Après les mots :

ces numéros

insérer les mots :

, ou le cas échéant leur absence,

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement lève le doute sur la responsabilité d'un pharmacien qui ne reporterait pas le numéro RPPS du médecin prescripteur ou l'identifiant de sa structure d'exercice sur les documents transmis à l'assurance-maladie. Ce numéro n'existe pas toujours.

M. le président. – Amendement identique n°610, présenté par le Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le Gouvernement défend le même amendement que la commission des affaires sociales.

Les amendements identiques n°75 rectifié et 610 sont adoptés.

M. le président. – Amendement n°210 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Micouleau, MM. Morisset et Vial, Mme Grunty, MM. Vaspert, D. Laurent et Bouchet, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, Mouiller et Magras, Mmes Deromedi, M. Mercier, Garriaud-Maylam et Lassarade, MM. Chaize, Sol et Mandelli, Mme A.M. Bertrand, M. Buffet, Mme Deseyne, MM. del Picchia et Laménie, Mmes Lherbier, Delmont-Koropoulis et Morhet-Richaud, M. Babary, Mme Berthet, MM. Poniatowski, Gremillet et Dériot et Mme Lamure.

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette mesure prend effet au 1^{er} janvier 2021, date à laquelle les hôpitaux devront fournir des ordonnances comportant le numéro RPPS de chaque médecin. » ;

Mme Corinne Imbert. – Ces amendements ne règlent pas tout : il faudra toujours la mention du numéro RPPS sur l'ordonnance ou la justification de son absence. Plus de 60 % des numéros RPPS sont transmis par les pharmaciens : ils ont donc joué le jeu. Ils ne peuvent être tenus responsables de l'absence de ce numéro sur les ordonnances. Cet amendement vise à laisser un délai d'un an aux hôpitaux pour fournir des ordonnances comportant systématiquement le RPPS.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement de la commission vise à ne pas pénaliser les pharmaciens. Le vôtre va un peu plus loin afin de laisser du temps aux hôpitaux de fournir le numéro RPPS. Qu'en pense la ministre ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. L'absence de RPPS n'entraîne pas de sanctions. C'est la seule façon d'améliorer la pertinence des prescriptions et le bon usage des médicaments.

Mme Corinne Imbert. – Je ne conteste pas la nécessité de la transmission du RPPS. Mais il ne faut pas chercher à recouvrer des indus auprès des pharmaciens, alors qu'ils ont contribué à hauteur de 60 % à la transmission.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les amendements précédents précisent bien qu'il n'y aura pas de sanctions.

L'amendement n°210 rectifié bis est adopté.

L'article 32, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°132 rectifié *quater*, présenté par MM. Houpert, Daubresse et Grosdidier, Mmes Lavarde, N. Delattre, Guillotin, Vullien, Bruguière, Deromedi et Procaccia, M. Pellevat, Mme Loisier, MM. Détraigne, D. Laurent, Decool, B. Fournier et Menonville, Mmes Delmont-Koropoulis, Morhet-Richaud et Billon, M. Sol, Mme L. Darcos, MM. Kern et Charon, Mme Imbert, MM. Bascher et Paccaud, Mmes Gruny et Goy-Chavent, MM. Lefèvre et Chasseing, Mmes Thomas, Lopez et M. Mercier, MM. Cambon et Revet, Mme Garriaud-Maylam, MM. Mayet, Rapin et Babary, Mme Bories, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bazin, Dériot, Grand, Piednoir, Delcros, Laménie et Marseille, Mme Morin-Desailly et MM. Buffet, Moga, Wattedled, H. Leroy et Gremillet.

Après l'article 32

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. – La télémédecine peut permettre de pallier les difficultés des déserts médicaux. Encore est-il nécessaire que son exercice soit encadré pour éviter les pratiques *low cost*. C'est le cas par exemple pour la radiologie à distance. Des sociétés situées au diable Vauvert sont apparues pour proposer des actes de téléradiologie, ce qui est préoccupant, car rien ne garantit la qualité, ou le respect du secret. Je déplore que nos collègues députés n'aient pas pris la mesure de cette nécessité.

À l'heure où l'on parle beaucoup de traçabilité en agriculture, il serait incompréhensible de ne pas l'appliquer à la radiologie : les patients y ont droit aussi. Il serait injuste que les actes de radiologie soient interprétés à Singapour, à Dubaï ou ailleurs sans que le patient n'ait de recours.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le Sénat a voté cet amendement l'an passé. Les pratiques *low cost* sont un vrai sujet de préoccupation.

Un avenant conventionnel sur la télémédecine a été signé cette année, qui a permis de mieux définir la nature de ces actes et donc de lutter contre les mauvaises pratiques. Toutefois, il n'est pas sûr que la rédaction de l'amendement permette d'encadrer les pratiques contestables. Retrait ou avis défavorable, mais nous souhaitons entendre le Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons le même objectif de garantir la qualité. La convention que nous avons signée prévoit que le nom des praticiens qui pratiquent la télémédecine sera bien connu de l'assurance-maladie : aucune plateforme de Singapour ne pourrait obtenir de remboursement, car les médecins ne seraient pas connus de l'assurance-maladie.

J'ai aussi saisi la HAS sur un guide de bon usage et de qualité des actes en télémédecine. Le rapport me sera rendu début 2019, et comprendra une partie sur l'imagerie médicale.

M. Alain Houpert. – Sans esprit de corporation, radiologue moi-même, je veux souligner que les radiologues sont très inquiets face à l'émergence de nouvelles pratiques rendues possibles par l'intelligence artificielle. La Fédération nationale des radiologues rassemble tous les diagnostics qui existent en France. Israël est très en avance pour tout ce qui concerne l'intelligence artificielle.

Des pays comme Israël ou la Chine sont très en avance, on le sait. La France doit devenir un pays phare en matière d'intelligence artificielle comme elle l'a été en matière de vaccination au XIX^e siècle. On a rendu hommage à Marie Curie récemment. Faisons en sorte que nos radiologues soient en pointe. Cet

amendement est un grand pas pour l'avenir de la radiologie.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – En réponse au rapport de Cédric Villani, le président de la République s'est engagé à développer l'intelligence artificielle dans les domaines de la santé et des transports. Le *Health Data Hub* centralisera toutes les données de santé françaises et les mettra à disposition des entreprises, des startups et des chercheurs. Il devrait être prêt au premier semestre 2019. Il agrégera les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance-maladie (Sniiram) et des entrepôts des données des hôpitaux.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je comprends l'inquiétude de M. Houpert mais l'amendement, tel qu'il est rédigé, ne fait que décrire ce qui se passe déjà. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°132 rectifié quater n'est pas adopté.

ARTICLE 32 BIS

M. Bernard Jomier. – L'article 32 bis, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, rend obligatoire la transmission dématérialisée des arrêts de travail. Le taux de télétransmissions des feuilles de soin électroniques est de 80 % à 85 %. Celui des arrêts de travail, de 20 % à 25 %. C'est que l'arrêt de travail électronique prend au moins autant de temps à remplir que la version papier ; il faut ensuite l'imprimer pour le remettre au patient. On piétine, car le process est chronophage : c'est donc qu'il faut changer de méthode. Au lieu de quoi, le Gouvernement opte pour l'obligation. Je suis dubitatif. Le Premier ministre a demandé un rapport sur la progression des arrêts de travail. Rassurez-moi : votre but n'est tout de même pas de dissuader les médecins d'en prescrire ?

M. le président. – Amendement n°586 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, A. Bertrand, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

I. – Alinéa 4

Après les mots :

sont prescrits

insérer les mots :

sauf exception

II. – Alinéa 11, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer.

M. Guillaume Arnell. – Il n'est pas question de revenir sur la dématérialisation des arrêts de travail, qui sont une mesure de simplification. Pour autant, il est essentiel que la convention médicale puisse

prévoir des exceptions à ce principe. Dans un certain nombre de situations - dans le cadre de la permanence des soins ou au domicile du patient par exemple - la dématérialisation ne peut pas techniquement s'appliquer. Elle ne doit pas être une charge pour les médecins.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'obligation imposera de simplifier le formulaire. Ces questions sont à régler par voie conventionnelle et non dans la loi. Toutefois, sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le Gouvernement a demandé un rapport pour comprendre la progression rapide des arrêts de travail, qui s'explique par le vieillissement de la population active ; mais nous constatons également des arrêts courts indépendants du niveau de santé de la population. Sont-ils imputables aux mauvaises pratiques des entreprises, des citoyens, des médecins ? Les causes sont sans doute multifactorielles. Ce rapport, objet d'une concertation avec les organisations syndicales, propose différentes pistes.

D'ores et déjà, nous avons voulu inscrire la dématérialisation dans le PLFSS. La transmission étant quasi instantanée, elle améliore la capacité de contrôle. En outre, l'information du type ou du nom de l'entreprise améliore la compréhension du phénomène par la CNAM.

Qu'il faille prévoir des exceptions, c'est évident mais cela va mieux en le disant. Sagesse.

M. Bernard Jomier. – Je partage les arguments en faveur de la dématérialisation, mais l'outil actuel est inadapté et prend du temps médical. Les médecins ne sont pas rétifs à l'électronique, ils font déjà des feuilles de soins électroniques. De grâce, améliorons l'outil !

M. René-Paul Savary. – Le Sniiram existe depuis des années. On connaît le nombre d'indemnités journalières prescrites par chaque généraliste. On peut dès à présent analyser la population concernée et corriger les excès. La télétransmission est l'avenir mais n'est pas encore possible partout. Je voterai l'amendement.

L'amendement n°586 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°625, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

du présent article

II. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° À l'article L. 161-35-1, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par les mots : « du I » et la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 2° » ;

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Coordination.

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

L'amendement n°625 est adopté.

L'article 32, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°46 rectifié *quater*, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguière, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, Kennel, A. Marc et B. Fournier, Mmes Malet et Lanfranchi Dorgal, MM. Morisset et Canevet, Mme Puissat, MM. Bascher, Bazin, Revet, Frassa et Henno, Mmes Gruny et Micouleau, MM. Cuypers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin et Raison, Mme A.M. Bertrand, MM. Rapin, D. Laurent, Nougéin, Chasseing et Saury, Mme Lassarade, MM. Piednoir, Karoutchi, Gilles, Decool, L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli et Laménie, Mme Bories, MM. J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Durantou et M. Sido.

Après l'article 32 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :

a) Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; »

b) Au dernier alinéa, les mots : « En outre, si l'activité mentionnée au 4° a donné lieu à des revenus d'activité » sont remplacés par les mots : « En cas de méconnaissance de l'obligation mentionnée au 4° » ;

2° Le 3° de l'article L. 324-1 est ainsi rédigé :

« 3° De s'abstenir de toute activité professionnelle donnant lieu à des revenus d'activité ou rémunération ; ».

M. Philippe Mouiller. – Cet amendement précise la notion d'activité en cas d'indemnité journalière. Exercer une activité pendant l'arrêt de travail peut être préconisé par le médecin, notamment en cas de maladie psychique ou d'ALD. Il s'agit de sécuriser la situation.

M. le président. – Amendement identique n°287 rectifié *ter*, présenté par Mmes C. Fournier, Guidez et Dindar et M. Mizzon.

Mme Nassimah Dindar. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°475 rectifié *bis*, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°523 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La notion d'activité en cas d'indemnité journalière n'est pas juridiquement définie : il peut s'agir d'activités de loisirs, sportives, politiques ou sociales voire familiales.

La Cour de cassation a précisé qu'un salarié en arrêt de travail ne peut exercer aucune activité qui ne soit expressément autorisée par le médecin traitant ; il doit sinon restituer les indemnités journalières perçues.

Or dans les faits, de nombreux médecins encouragent des personnes à avoir des activités pendant leur arrêt de travail, notamment quand il s'agit d'arrêts liés à une affection psychique ou mentale, ou à une maladie chronique, pour lesquelles une activité en dehors de l'activité professionnelle peut s'avérer bénéfique.

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

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – La notion d'activité non autorisée est difficile à définir *ex ante* puisqu'elle dépend de la pathologie. Le jardinage est bénéfique pour une dépression, pas pour un trouble musculo-squelettique ! Dresser une liste exhaustive de toutes les activités autorisées, patient par patient, serait chronophage. Autoriser toute activité non professionnelle n'est pas forcément favorable au patient. L'activité autorisée doit être l'exception, et reposer sur une décision médicale. Avis défavorable. La mission en cours relative aux indemnités journalières sera l'occasion de réexaminer la législation en vigueur.

Mme Corinne Féret. – Les médecins encouragent souvent les patients à avoir une activité pendant leur arrêt, pour leur bien-être physique et mental. Va-t-on interdire aux représentants d'associations de malades d'exercer leur activité pendant leur arrêt de travail ?

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Après les explications de la ministre, à titre personnel je ne voterai pas cet amendement.

M. Philippe Mouiller. – Je le retire. L'exemple du jardinage n'est pas pertinent, puisqu'il s'agit d'une activité que l'on pratique chez soi. L'activité est très souvent préconisée en cas d'affection psychiatrique. Or les tribunaux exigent le remboursement des indemnités journalières quand une personne a pratiqué une activité non rémunérée pendant les heures de sortie.

L'amendement n°46 rectifié quater est retiré.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – La Cour de cassation a validé la demande de remboursement des indemnités journalières d'une personne qui s'était rendue au conseil municipal pendant les heures de sortie autorisée. Dans le cadre d'une affection

psychique, maintenir une vie sociale, vaquer à ses occupations est bénéfique.

Les amendements identiques n^{os} 287 rectifié ter, 475 rectifié bis et 523 rectifié ne sont pas adoptés.

ARTICLE 33

Mme Laurence Cohen. – Cet article crée le 100 % Santé, mesure phare de ce PLFSS. Le reste à charge zéro pour l'optique, les aides auditives et les prothèses dentaires a suscité beaucoup d'espoir, car le faible taux de remboursement est un facteur de renoncement aux soins dans 10 % à 35 % des cas.

Nous nous interrogeons toutefois sur son impact tarifaire. La hausse des coûts ne risque-t-elle pas d'être répercutée par les complémentaires sur le coût des contrats ? On parle de 7 % à 10 %. Les mutuelles se sont engagées à ne pas augmenter leur prix, mais comment le vérifiera-t-on ?

Quid des 4 à 5 millions de personnes qui n'ont pas de complémentaire ? Vous annoncez une nouvelle aide à la complémentaire mais des millions de personnes n'ont pas recours aux aides existantes. Nous proposons, nous, le 100 % sécurité sociale.

M. Yves Daudigny. – Il suffit d'observer le reste à charge, qui est de 22 % dans l'optique, de 25 % dans le dentaire et de 56 % dans l'auditif. Ce dispositif devrait redistribuer un milliard d'euros aux Français, dont les deux tiers seront pris en charge par l'assurance maladie.

Les professionnels de santé joueront-ils le jeu ? Seront-ils tentés de proposer un panier de soins supérieurs ? Quel sera le comportement des patients ? Vont-ils se précipiter chez les audioprothésistes ?

Les complémentaires se veulent rassurantes sur la hausse des tarifs, mais *quid* des détenteurs de petits contrats de type « ticket modérateur » ? Faudra-t-il augmenter les prix de leurs contrats pour les prendre en charge ?

En optique, le reste à charge va paradoxalement augmenter de 50 euros pour certains équipements plus qualitatifs en raison de la modification du plancher des contrats responsables.

Bref, le rôle du comité de suivi sera déterminant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Madame Cohen, vous êtes cohérente en voulant changer tout le système. Nous proposons cette offre dans le cadre du système d'assurance-maladie existant où l'assurance-maladie rembourse 75 % des soins et les complémentaires le quart restant. L'effort d'un milliard d'euros sera réparti selon ce ratio.

Nous avons d'abord défini un panier de soins de qualité, puis réuni tous les acteurs pour examiner les marges de manœuvre et demander à chacun un effort. Les assureurs nous ont garanti qu'ils intégreraient le coût de 250 millions d'euros, soit 0,14 % de leur chiffre d'affaires, dans l'évolution normale du coût de la

santé, lié au vieillissement de la population. La part des complémentaires dans la prise en charge totale tend à baisser du fait de la multiplication des ALD, prises en charge à 100 % par l'assurance-maladie. Elles pourront enfin jouer sur leurs frais de gestion.

Un observatoire des prix sera mis en place. Si certains ne jouent pas le jeu, nous envisagerons des mesures coercitives. Tous les contrats, monsieur Daudigny, incluront le 100 % Santé. Ceux qui voudront accéder à une offre de lunetterie libre verront leur plafond de remboursement réduit de 50 euros, c'était la contrepartie de la réforme.

M. le président. – Amendement n^o 377 rectifié bis, présenté par MM. Gilles et Grand, Mme Gruny, MM. Morisset, Brisson et Charon, Mmes A.M. Bertrand, Lanfranchi Dorgal et Delmont-Koropoulis et M. H. Leroy.

Alinéa 15

Après le mot :

distributeur

insérer les mots :

défini à l'article L. 4361-1 du code de la santé publique

M. Jean-Marie Morisset. – L'alinéa 15 prévoit l'obligation pour le distributeur de participer au dispositif d'évaluation. Si cela est conforme avec l'accord conclu en audioprothèse, cela n'est pas le cas en optique.

Le projet de nomenclature sur le 100 % Santé en discussion prévoit un questionnaire de satisfaction, transmis au patient en dehors du magasin une fois l'équipement correcteur acquis. L'opticien ne pourra donc pas participer à cette évaluation de l'offre 100 % Santé. Il pourrait même être sanctionné de ce fait, comme le prévoit l'article 33 !

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Il semble difficile d'exclure le secteur de l'optique de l'évaluation. Mon amendement suivant répond à votre crainte.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait, sinon rejet. Dans le protocole d'accord signé, c'est l'opticien qui déclenche l'envoi du questionnaire au domicile du patient. Les opticiens ne seront pas responsables ni sanctionnés si le patient ne répond pas.

Je rappelle que toute offre devra être précédée d'un devis faisant apparaître l'offre 100 % Santé. Tous les opticiens devront proposer au minimum trente montures éligibles au reste à charge zéro.

M. Jean-Marie Morisset. – Soit, les opticiens seront rassurés.

L'amendement n^o 377 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n^o 616, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 17

Après le mot :

financière

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxe total réalisé en France, dans la limite de 10 000 euros, en cas de méconnaissance des obligations mentionnées au I.

II. – Alinéas 18 et 19

Supprimer ces alinéas.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les sanctions prévues en cas de non-respect par les fabricants ou distributeurs des obligations instituées en matière d'offres 100 % Santé semblent disproportionnées. Nous les plafonnons et supprimons la sanction du non-respect du dispositif d'évaluation, insuffisamment défini, ainsi que des règles en matière de présentation des devis, les manquements en la matière faisant déjà l'objet d'une amende administrative.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou avis défavorable. Il importe que l'offre 100 % Santé soit présentée dans les devis si l'on veut que les Français y accèdent. La sanction va de pair avec l'obligation.

L'amendement n°616 est adopté.

M. le président. – Amendement n°76, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 27 et 28

Supprimer ces alinéas.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le projet de loi prévoit que par dérogation, les tarifs des produits hors panier 100 % Santé pourraient être fixés par arrêté ministériel. Nous supprimons cette possibilité de fixation unilatérale des tarifs, la commission souhaitant privilégier, d'une manière générale, les procédures de conventionnement entre les acteurs du système de santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou avis défavorable. Cette disposition dérogatoire est justifiée, tant les bases de remboursement par la sécurité sociale des équipements d'optique sont faibles. Autant fixer un forfait. Les montants symboliques ne méritent pas une négociation conventionnelle. Toutefois la voie conventionnelle reste bien la voie de droit commun.

L'amendement n°76 est adopté.

M. le président. – Amendement n°44 rectifié bis, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguière, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, Kennel, A. Marc et B. Fournier, Mmes Malet et Lanfranchi Dorgal, MM. Morisset et Canevet, Mme Puissat, MM. Bascher, Bazin, Revet, Frassa et Henno, Mmes Gruny et Micouleau, MM. Cuypers,

Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin et Raison, Mme A.M. Bertrand, MM. Rapin, D. Laurent, Nougéin, Chasseing, Vaspart, Pointereau et Saury, Mme Lassarade, M. Piednoir, Mme Guidez, MM. Gilles, Decool, Mayet, L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli, Laménie, J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido.

Après l'alinéa 31

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- les mots : « , le cas échéant » sont supprimés ;

M. Philippe Mouiller. – Tout devis doit comporter obligatoirement les modalités de prise en charge par les complémentaires. Celles-ci se sont engagées à améliorer la lisibilité des contrats afin de faciliter un choix éclairé du consommateur. Toutefois, l'absence de caractère contraignant de cette mesure pose problème.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Tous les contrats de complémentaire ne couvrent pas des frais d'optique ou d'aide auditive. En l'état, l'obligation reposerait sur les professionnels assurant la distribution des produits et non les complémentaires. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°44 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°148 rectifié, présenté par MM. Morisset, Mouiller et Adnot.

Alinéa 51

Remplacer l'année :

2020

par l'année :

2021

M. Jean-Marie Morisset. – La réforme du 100 % Santé devra être transposée dans les entreprises sous la forme de décisions unilatérales des employeurs ou d'accords collectifs renégociés. En effet, si les entreprises ne respectent pas l'échéance du 1^{er} janvier 2020, elles perdront le bénéfice des exonérations sociales liées aux contrats frais de santé. Nous reportons la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2021.

M. le président. – Amendement identique n°374 rectifié ter, présenté par M. Dallier, Mme Deromedi, M. Savin, Mmes Malet et L. Darcos, MM. Joyandet et Brisson, Mmes Bonfanti-Dossat, Dumas, Chain-Larché et Lopez, MM. D. Laurent, Houpert et Cuypers, Mmes Thomas et Estrosi Sassone, M. Ginesta, Mme Garriaud-Maylam, M. J.M. Boyer, Mme Lassarade, MM. Paccaud, Magras, Karoutchi, Cambon et Grand, Mmes Di Folco et Gruny, MM. Lefèvre et Bonhomme, Mme Procaccia, MM. Laménie, Piednoir et Duplomb, Mmes Duranton, Delmont-Koropoulis et N. Delattre, M. Gremillet et Mme Imbert.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Un report d'un an conduirait à différer d'autant l'entrée en vigueur de la réforme. Le Gouvernement peut-il nous donner des assurances sur la parution rapide des décrets ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les décrets sortiront à la fin de l'année. Cet amendement n'est pas conforme à la négociation que j'ai menée, ni aux engagements pris devant les Français. Avis défavorable.

M. Jean-Marie Morisset. – Certes, mais les entreprises n'ont pas été consultées. Pourquoi la mise en œuvre ne pourrait-elle pas être progressive pour elles aussi ?

Les amendements identiques n^{os} 148 rectifié et 374 rectifié ter sont retirés.

M. le président. – Amendement n^o78, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2022, un bilan de la mise en place des offres à prise en charge renforcée en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives, présentant l'équilibre financier de cette réforme et son impact en termes d'accès aux soins.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – De nombreuses inconnues demeurent : coût pour l'assurance-maladie et pour les assurés, tarifs des contrats des complémentaires santé, conséquences économiques pour les filières, attractivité des offres des paniers 100 % Santé. Autant de raisons de demander qu'un premier bilan soit transmis au Parlement après une année pleine de mise en œuvre, parallèlement aux travaux du comité de suivi, sur cette mesure très médiatisée.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Un comité de suivi réunissant la totalité des acteurs sera créé avant la fin de l'année ; il se réunit le 18 décembre. Il devra rendre un rapport tous les deux ans. L'amendement de la commission des affaires sociales est donc satisfait. Je sais le Sénat soucieux d'éviter les rapports inutiles... Retrait ?

M. Alain Milon, président de la commission. – Qui siège au comité de suivi ? Le Parlement est-il représenté ?

Ce matin, M. Darmanin n'était pas hostile à la rédaction d'un rapport supplémentaire. Notre commission n'en demande pas souvent - mais je m'étonne de ce manque de cohérence dans les réponses que nous font les ministres !

L'amendement n^o78 est adopté.

L'article 33, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n^o439 rectifié, présenté par M. Lurel et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 3^o 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 ».

Mme Victoire Jasmin. – Les coefficients géographiques appliqués dans les outre-mer 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. Chaque année, une aide exceptionnelle en trésorerie leur est accordée a posteriori. Elle devrait l'être a priori ! Les coefficients doivent prendre en compte les surcoûts réels.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il est vrai qu'une évaluation précise des besoins de chaque territoire serait nécessaire. Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les surcoûts des hôpitaux ultramarins sont dus à de multiples facteurs : dépenses de personnel, risque assurantiel, cherté de la vie ou encore coût de transport des médicaments. Les coefficients géographiques sont revalorisés régulièrement. Ce n'est pas le meilleur outil pour répondre aux difficultés qui varient selon les territoires. En Guadeloupe, par exemple, la déprivation démographique joue un rôle clé. Certains établissements prennent en charge des populations très particulières - problèmes d'addiction ou de grossesses précoces à Saint-Martin, par exemple. Il convient de réfléchir à une diversification des modes de rémunération selon les territoires ; j'ai demandé à Jean-Marc Aubert une réflexion spécifique sur les DOM dans le cadre de sa mission sur la tarification. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Victoire Jasmin. – Il faut prendre en compte différents critères, selon les établissements, pour effectuer les ajustements qui s'imposent.

L'amendement n^o439 rectifié est retiré.

M. le président. – Nous avons examiné 129 amendements. Il en reste 125.

Prochaine séance aujourd'hui, vendredi 16 novembre 2018, à 9 h 30.

La séance est levée à minuit trente.

Jean-Luc Blouet

Direction des comptes rendus

Annexes*Analyse des scrutins publics**Ordre du jour du vendredi 16 novembre 2018***Séance publique****À 9 h 30, 14 h 30 et le soir**

Présidence :

M. Vincent Delahaye, vice-président
M. Philippe Dallier, vice-président

Secrétaires :

Mme Jacky Deromedi – Mme Françoise Gatel

- Suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019 (n° 106, 2018-2019).

Scrutin n°17 sur l'amendement n°382 rectifié *bis*, présenté par M. Yves Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain, et l'amendement n°511, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à supprimer l'article 19 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019.**Résultat du scrutin**

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	342
Pour :	88
Contre :	254

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (146)**

Contre : 145

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat

Groupe SOCR (73)

Pour : 72

N'a pas pris part au vote : 1 – Mme Hélène Conway-Mouret, Président de séance

Groupe UC (51)

Contre : 51

Groupe du RDSE (23)

Contre : 22

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Didier Guillaume, membre du Gouvernement

Groupe LaREM (22)

Contre : 22

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (11)

Contre : 11

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Gérard Collomb, Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Composition d'une éventuelle CMP

Scrutin n°18 sur la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019.

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	342
Pour :	232
Contre :	110

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (146)**

Pour : 145

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat

Groupe SOCR (73)

Contre : 73

Groupe UC (51)

Pour : 51

Groupe du RDSE (23)

Pour : 22

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Didier Guillaume, membre du Gouvernement

Groupe LaREM (22)

Contre : 21

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Thani Mohamed Soilihi, Président de séance

Groupe CRCE (16)

Contre : 16

Groupe Les Indépendants (11)

Pour : 11

Sénateurs non inscrits (6)

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Gérard Collomb, Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Les représentants du Sénat à l'éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019** sont :

Titulaires :

M. Alain Milon
 M. Jean-Marie Vanlerenberghe
 Mme Catherine Deroche
 M. René-Paul Savary
 M. Yves Daudigny
 Mme Michelle Meunier
 M. Guillaume Arnell

Suppléants :

M. Michel Amiel
 M. Bernard Bonne
 Mme Laurence Cohen
 M. Gérard Dériot
 Mme Élisabeth Doineau
 M. Jean-Louis Tourenne
 M. Alain Joyandet