

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2018

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

SOMMAIRE

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019 (Suite).....	1
<i>Discussion des articles de la quatrième partie (Suite)</i>	1
ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 33	1
ARTICLE 34	3
M. Bernard Jomier	3
ARTICLE ADDITIONNEL	4
ARTICLE 35	5
M. Abdallah Hassani	5
ARTICLES ADDITIONNELS	5
ARTICLE 36	6
ARTICLE 37	6
Mme Patricia Schillinger	6
ARTICLE 38	7
M. Bernard Jomier	7
Mme Laurence Cohen	7
M. Michel Amiel	7
ARTICLES ADDITIONNELS	9
ARTICLE 38 <i>BIS</i>	10
ARTICLE 39	10
ARTICLE ADDITIONNEL	10
ARTICLE 39 <i>BIS</i>	11
ARTICLES ADDITIONNELS	13
ARTICLE 40	15
M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social	15
Mme Cathy Apourceau-Poly	16
Mme Corinne Féret	16
ARTICLES ADDITIONNELS	20
ARTICLE 41	21
M. Bernard Bonne, rapporteur	21
ARTICLES ADDITIONNELS	23
ARTICLE 42	27
Mme Catherine Deroche, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-maladie	27
Mme Laurence Cohen	27
Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé	27
M. Michel Amiel	27
ARTICLES ADDITIONNELS	32
ARTICLE 42 <i>BIS</i>	35

ARTICLE 43	35
Mme Colette Mélot	35
ARTICLE ADDITIONNEL	38
ARTICLE 43 <i>BIS</i>	39
Mme Catherine Deroche, rapporteure	39
ARTICLE ADDITIONNEL	39
ARTICLE 44	41
Mme Corinne Féret	41
ARTICLE ADDITIONNEL	44
ARTICLE 45	44
Mme Patricia Schillinger	44
ARTICLE 46	44
M. Antoine Karam	44
ARTICLE 47	45
Mme Laurence Cohen	45
ARTICLE ADDITIONNEL	46
ARTICLE 47 <i>BIS</i>	47
Mme Michelle Meunier	47
ARTICLE 47 <i>QUATER</i>	47
ARTICLE 47 <i>QUINQUIES</i>	47
ARTICLE 49	47
ARTICLE 53	48
ARTICLE 54	48
Mme Corinne Féret	48
ARTICLES ADDITIONNELS	48
ARTICLE 55	53
ARTICLE ADDITIONNEL	53
ANNEXES.....	54
<i>Ordre du jour du lundi 19 novembre 2018</i>	54
<i>Analyse des scrutins publics</i>	55

SÉANCE du vendredi 16 novembre 2018

20^e séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :
MME JACKY DEROMEDI, MME FRANÇOISE GATEL.

La séance est ouverte à 9 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)

M. le président. – 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.

Discussion des articles
de la quatrième partie (Suite)

ARTICLES ADDITIONNELS APRÈS L'ARTICLE 33

M. le président. – Amendement n°39 rectifié *bis*, présenté par Mmes Micouleau, Deseyne, Bonfanti-Dossat, Bories et Bruguière, MM. Chatillon et Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Deromedi, Duranton et Garriaud-Maylam, MM. Grand et Gremillet, Mme Gruny, MM. Houpert et Husson, Mme Imbert, MM. Karoutchi, D. Laurent, Lefèvre, Mandelli et Mayet, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset, Mouiller, Segouin et Sol.

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4381-1 du code de la santé publique est supprimée.

Mme Brigitte Micouleau. – Avec cet amendement, les étudiants en orthoptie pourraient effectuer, durant leur cursus universitaire, des stages pratiques en cabinet d'orthoptie de ville afin qu'ils puissent connaître la particularité du travail en exercice libéral.

Seuls les orthoptistes salariés peuvent recevoir des stagiaires, réduisant de fait la visibilité et l'attractivité de l'exercice libéral auprès des jeunes générations qui ne peuvent avoir l'occasion de s'y familiariser.

Nous vous proposons de lever l'interdiction faite aux libéraux d'accroître leur activité rémunérée du fait de la présence d'un stagiaire qui, par nature, permet à son formateur de gagner du temps sur ses tâches.

Il faut préserver le pilier libéral de la profession, qui garantit aux Français un accès à des soins visuels de qualité sur le territoire.

M. le président. – Amendement identique n°238 rectifié *bis*, présenté par Mmes Berthet et A.M. Bertrand, M. Buffet, Mmes Malet et Lamure, M. Laménie, Mme Lavarde, MM. Sido et Revet, Mme Raimond-Pavero, MM. Bonhomme, Brisson, Chaize et de Nicolaÿ, Mme Delmont-Koropoulis, M. Paccaud, Mme Noël et MM. Ginesta, Genest et Magras.

Mme Martine Berthet. – Défendu.

L'amendement n°286 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°401 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

M. Yves Daudigny. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-maladie. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. – Avis défavorable : il est légitime d'élargir les lieux de stage, mais la relation entre stagiaire et maître de stage serait dénaturée par cette possibilité de facturer.

*Les amendements identiques n°s 39 rectifié *bis*, 238 rectifié *bis* et 401 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°575 rectifié *bis*, présenté par Mmes Rossignol, Meunier, Jasmin, Lepage, M. Filleul, Monier, Grelet-Certenais et Conway-Mouret, MM. Cabanel, Tourenne, Jacquin, Assouline, Iacovelli et Roger, Mmes Guillemot et Espagnac, M. Mazuir, Mme Tocqueville, MM. M. Bourquin et Lalande, Mme Ghali, M. Duran, Mme Artigalas, MM. Féraud, Durain et Manable, Mme Féret, M. Jomier et Mmes S. Robert et Blondin.

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2020, un rapport évaluant le coût des frais médicaux et paramédicaux restant à la charge des victimes de violences sexistes et sexuelles. Ce rapport s'attache à étudier les pistes de politiques publiques visant à garantir une prise en charge intégrale des frais générés par ces violences par la sécurité sociale.

Mme Laurence Rossignol. – Je n'ai pas d'inclination particulière pour les études et les rapports... Mais un parlementaire n'a guère d'autre

possibilité pour faire des propositions du type de cet amendement et du suivant.

On sait combien les violences sexuelles, qu'elles aient été subies dans l'enfance ou non, provoquent de nombreuses pathologies. L'amendement n°575 rectifié *bis* demande une étude sur la couverture de soins des victimes de viols.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La loi du 3 août 2018 prévoit déjà une étude sur la lutte contre les violences sexuelles. L'extension de la couverture à 100 % des victimes de viols après leur minorité pourrait être évaluée dans ce cadre. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le reste à charge en France est un des plus faibles du monde et 95 % des assurés ont une mutuelle. Le vrai problème est le non remboursement de certains soins, en particulier psychologiques, qui sont pourtant nécessaires aux victimes de violences sexuelles.

L'angle du Gouvernement, c'est de veiller à ce qu'il y ait une prise en charge effective des victimes de ces violences. Le rapport annuel prévu permettra de savoir si elle est assurée. Dix centres à vocation régionale ont ainsi été créés qui bénéficieront des crédits du FIR. Cela répond mieux à votre problématique, madame Rossignol. Retrait ?

Mme Laurence Rossignol. – Je le retire. Il s'agissait de vous entendre sur la question. Oui, le taux de couverture de complémentaire en France est très élevé, mais le niveau de couverture est très variable : il y a de grandes disparités entre assurés.

L'amendement n°575 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°576 rectifié *bis*, présenté par Mmes Rossignol, Lepage, Jasmin, Meunier, M. Filleul et Monier, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Grelet-Certenais, M. Cabanel, Mme Conway-Mouret, MM. Assouline, Iacovelli et Roger, Mmes Guillemot et Espagnac, M. Mazuir, Mme Tocqueville, MM. Marie et Lalande, Mme Ghali, M. Duran, Mme Artigalas, MM. Féraud, Durain et Manable et Mmes Féret et Blondin.

Après l'article 33

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 visant à examiner les modalités de prise en charge intégrale de tous les moyens de contraception existants par l'assurance maladie.

Mme Laurence Rossignol. – Cet amendement prévoit un rapport sur la gratuité de la contraception. Parmi les contraceptifs prescrits, les niveaux de remboursements sont très variables, en raison de l'analyse faite de leur efficacité. Mais les contraceptifs locaux ne sont pas remboursés. Ensuite, le coût de la contraception ne pèse que sur les femmes. Vous mettez en place le zéro reste à charge pour l'optique et le dentaire ; à quand pour la contraception ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'IGAS a déjà fait deux rapports sur la contraception, en février 2010 et avril 2015. Le sujet est intéressant et nous souhaitons entendre la ministre. Mais concernant le rapport, retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Votre question est intéressante, je crois qu'il faut la traiter dans le cadre plus large de la prévention - elle se pose aussi pour l'hypertension artérielle ou les vaccins.

Notre système est en effet axé principalement sur le curatif. Des dispositifs ne sont pas remboursés car ils n'ont pas été évalués. Lorsque j'étais à la Haute Autorité de santé (HAS), un fabricant de préservatifs a fait une demande de remboursement, qui a été jugée recevable. Le préservatif pourrait donc être remboursé dès lors qu'il y aura eu prescription médicale.

J'ai dit, dès mon arrivée au ministère, que j'aurai une politique volontariste en matière de santé sexuelle. Nous avons défini une feuille de route volontariste, avec des mesures nombreuses, que vous pourrez évaluer. C'est sous cet angle plus large que nous devons, je le crois, traiter de l'accès à la contraception.

Mme Laurence Rossignol. – J'hésite à mettre la contraception dans la prévention : la grossesse n'est pas une maladie, c'est un risque - qui ne pèse que sur les femmes et qui est lié à une activité humaine relativement répandue... Sur les risques de cet ordre, qui ne pèsent que sur les femmes, je n'ai trouvé que deux études : celle de l'IGAS et celle de 2013, qui est si fine qu'elle ne permet pas de généraliser. Je maintiens donc mon amendement.

L'amendement n°576 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°581 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.

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2019, un bilan de l'application du décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

Mme Véronique Guillotin. – Les hôpitaux, en particulier en zone rurale et donc peu attractive, doivent recourir de plus en plus aux médecins intérimaires, qui demandent des honoraires de plus en plus élevés - faisant peser une contrainte de moins en moins supportable pour les budgets et désorganisant les services, jusqu'à faire courir le risque de fermetures. Près de chez moi, une maternité risque de fermer par manque de praticiens titulaires - l'ARS mettant en avant, à juste titre, des motifs de sécurité à

son refus de voir le service tourner avec seulement des intérimaires.

Il faut prendre ce sujet à bras-le-corps. Le décret que vous avez adopté va dans le bon sens, mais ne suffit pas. Tous les auteurs autour de la table doivent s'entendre.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La date – le 1^{er} janvier 2019 – est un peu proche. Mais le sujet semble important. Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Merci d'aborder ce sujet, qui me tient particulièrement à cœur : celui des médecins remplaçants. Certains font commerce de la pénurie, en se vendant au plus offrant, grevant les budgets des hôpitaux. Certains médecins statutaires quittent même le poste car ils sont mieux payés une semaine par mois en intérim qu'un mois sur le poste fixe. Mon décret limite la rémunération brute journalière à 1 400 euros en 2018, 1 300 en 2019 et 1 170 euros en 2020. En riposte, un syndicat de médecins remplaçants a décidé de boycotter les hôpitaux publics en dressant une liste noire. J'ai invité le ministère à déposer plainte devant l'Ordre des médecins. La bataille juridique ne fait que commencer. J'ai donc besoin des élus pour m'aider : il faut que nous avançons ensemble. Je vous demande de retirer votre amendement. Il faut que tous les hôpitaux jouent le jeu. Un seul d'entre eux qui ne respecterait pas mon décret mettrait tout le dispositif en péril.

M. Guillaume Arnell. – Vous connaissez la situation difficile de l'hôpital de Saint-Martin. En plus du salaire plus élevé, les intérimaires se voient offrir l'hébergement, le véhicule, le voyage...

Ces distorsions entre médecins risquent de jouer sur la qualité des soins. Ces médecins n'ont pas d'autres obligations que d'assurer la garde - et encore, certains veulent le faire par téléphone.

Chers collègues qui êtes aussi médecins, veillez à ne pas laisser ces mercenaires ternir l'image de votre profession !

Mme Véronique Guillotin. – Je retire mon amendement, même si je pense qu'une conférence des ARS serait nécessaire pour garantir la cohérence de l'action publique.

L'amendement n°581 rectifié est retiré.

ARTICLE 34

M. Bernard Jomier. – Cet article étend le bénéfice de la CMU-C aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière. C'est une bonne idée visant à corriger le faible taux de recours à l'ACS.

Je veux toutefois signaler un risque de dérive : vous plafonnez la nouvelle contribution financière à 1 euro par jour, mais si un imbécile ou un incompetent vous succède, il pourrait l'augmenter, par simple arrêté ministériel. Le principe même d'une CMU-C non

contributive serait remis en cause - je le dis sans vous faire reproche d'en avoir l'intention...

Mme Corinne Féret. – L'introduction d'un plafond variant avec l'âge, contrevient au principe constitutif de la sécurité sociale : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Nous avons un amendement prévoyant la rétroactivité des droits, mais il a été déclaré irrecevable, je le regrette.

M. le président. – Amendement n°633, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au septième alinéa, les mots : « au troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « au dernier alinéa » ;

L'amendement de coordination n°633, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°617, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 45, première phrase

Remplacer les mots :

Le montant de la participation

par les mots :

La participation financière

et le mot :

dû

par le mot :

due

II. – Alinéa 47, première phrase

Remplacer les mots :

du délai

par les mots :

de ce délai

L'amendement rédactionnel n°617, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°386 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 45, deuxième phrase

Supprimer les mots :

et varie selon l'âge du bénéficiaire

M. Yves Daudigny. – La variabilité du prix selon l'âge relève d'une logique d'assurance privée, pas de celle de la sécurité sociale. Vous allez nous dire que les jeunes pourraient en pâtir, mais nous préférons en rester à la solidarité intergénérationnelle, donc à l'égalité cotisation.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – M. Jomier craint que cet article ne confie la CMU-C au pouvoir réglementaire ; mais la loi fixe la complémentaire, avec un seuil fixé à 35 % du seuil d'accès à la CMU, soit près de 700 euros.

M. Daudigny propose de supprimer le critère d'âge pour couvrir la part complémentaire de la CMU-C. Nous avons limité le surcoût pour les personnes de 80 ans à 30 euros par mois. Supprimer tout critère aurait été très défavorable aux jeunes, qui auraient eu une couverture moindre. Nous avons été pragmatiques, considérant que l'essentiel est que tous accèdent à un panier de soins de qualité. Nous l'avons ainsi renforcé pour inclure par exemple la perte d'autonomie. Avis défavorable.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. – Je comprends les intentions du groupe SOCR mais aussi les arguments de la ministre. Nous en sommes tous réduits à une grande hypocrisie, quand nous prétendons que l'assurance-maladie est universelle et que la complémentaire est équitable. Pour en sortir, il serait bon de réfléchir à un système unique sous l'égide de l'assurance-maladie, pour qu'elle soit réellement universelle. (*M. René-Paul Savary applaudit.*)

M. Yves Daudigny. – La logique assurantielle veut que la cotisation varie en fonction du montant du risque ; à l'inverse, la sécurité sociale et, à leur origine, les mutuelles reposent sur la solidarité intergénérationnelle - et c'est ce dernier principe qui devrait s'appliquer ici.

M. René-Paul Savary. – Cette solidarité intergénérationnelle a disparu. Les personnes âgées paient leurs mutuelles au prix fort - et elles paient trois fois : cotisation à l'assurance-maladie, reste à charge, mutuelle. Les frais de gestion des mutuelles sont de 22 % ! C'est pourquoi nous voulons revoir le système - et que nous vous proposons de prélever un milliard d'euros sur les complémentaires, ce que vous n'avez pas voulu. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Aujourd'hui, les personnes âgées éligibles à l'assurance complémentaire santé paient leurs mutuelles environ 120-130 euros par mois. Leur contribution sera réduite à 30 euros par mois. Pour un enfant, le coût sera de 9 à 10 euros. On reste dans le cadre d'un système mutualiste.

MM. Milon et Savary souhaitent un décroisement. C'est une réforme d'ampleur qui n'effraie pas le Gouvernement par principe (*Sourires*), mais ce n'est pas un engagement que nous avons pris devant les Français : pour l'instant, restons-en là !

Mme Laurence Cohen. – La ministre a bien précisé que le Gouvernement entend rester dans un cadre assurantiel - et limiter la casse pour les situations les plus difficiles.

Tant qu'on restera dans cette logique, on ne pourra pas créer un système plus solidaire. Le groupe CRCE a fait des propositions de financement qui n'ont malheureusement pas été adoptées - alors qu'elles permettaient un système universel fondé totalement sur la sécurité sociale.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le groupe CRCE et Les Républicains plaident pour un système universel décroisé par rapport aux complémentaires.

La difficulté est de définir le panier de soins qui relève de la sécurité sociale. C'est un travail de longue haleine. En attendant, je vous propose un dispositif pragmatique.

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

M. le président. – Amendement n°621, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 60

Remplacer les mots :

Le *b* et le *c*

par les mots :

Les trois derniers alinéas

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Amendement de précision rédactionnelle.

L'amendement n°621, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°620, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 107

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

VI bis. - À la première phrase de l'article 6-3 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « huitième ».

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Amendement de coordination.

L'amendement n°620, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 34, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°566 rectifié, présenté par M. Iacovelli, Mme Conway-Mouret, MM. Marie, J. Bigot, Lurel et Leconte, Mme Monier, M. Raynal, Mmes Ghali et Artigas, M. Houllégatte, Mme Perol-Dumont, MM. Tissot et Antiste, Mmes M. Filleul, Taillé-Polian, G. Jourda, Tocqueville et Grelet-Certenais et MM. Courteau, M. Bourquin, Manable et Vaugrenard.

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2020, un rapport évaluant le taux de non-recours aux droits pour les personnes sortant du dispositif de l'aide sociale à l'enfance.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Il faut renforcer l'accès aux soins des mineurs et des jeunes majeurs qui sortent de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), et commencer par savoir combien n'y ont pas accès. Cette population est fragile. Nous avons déposé un amendement qui a été retoqué pour maintenir l'affiliation automatique à la CMU-C des jeunes qui sortent de l'ASE, jusqu'à 25 ans.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable comme pour les demandes de rapport. Madame la ministre, où en est le ministère sur ce sujet ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je suis vigilante pour assurer le meilleur accompagnement des enfants éligibles à l'ASE. Le Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures oblige les départements à signer une convention avec la CPAM pour suivre les jeunes éligibles à l'ASE. Retrait ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Soit, mais il faudra vérifier que ces conventions sont bel et bien signées.

L'amendement n°566 rectifié est retiré.

ARTICLE 35

M. Abdallah Hassani. – Cet article exonère de ticket modérateur les Mahorais en dessous d'un certain revenu - sachant qu'à Mayotte 85 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Cette exonération est bienvenue, elle est pensée comme devant lever un frein à l'accès à la médecine de ville. Mais le secteur libéral est lacunaire, d'où l'engorgement du centre hospitalier de Mamoudzou : il n'y a que vingt-et-un médecins, quinze sages-femmes et cinq dentistes pour une population équivalente à celle de Bordeaux.

Une nouvelle politique de consultation a été mise en place avec prise de rendez-vous, facturée 10 euros et gratuite pour les femmes. Il faut aussi développer la médecine en ville.

Je salue la création d'un diplôme d'animateur en santé communautaire. Nous devons aussi attirer les praticiens. Mais nous n'y parviendrons pas si leurs enfants ne peuvent suivre une scolarité normale ou s'ils sont surchargés dans leur travail.

L'article 35 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°528, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les dépassements d'honoraires médicaux représentent 14 % de l'ensemble des honoraires médicaux, soit près de 3 milliards d'euros annuels. La Cour des comptes estime que les résultats du contrat d'accès aux soins sont limités.

Les dépassements d'honoraires sont un des facteurs principaux de renoncement aux soins pour raison financière qui concerne le quart des citoyennes et des citoyens de notre pays.

Les spécialistes sont principalement concernés avec la moitié d'entre eux qui pratiquent des dépassements, mais également les établissements de santé à but lucratif où le taux de dépassement moyen atteint 66 % et même si cela reste modeste, les médecins hospitaliers publics qui pratiquent des dépassements, parfois très importants, dans leur activité libérale sont en nette augmentation depuis dix ans.

Nous proposons en conséquence de remplacer les notions subjectives de « tact et mesure » par la définition d'un plafond dont le montant permettrait d'encadrer les dépassements les plus élevés.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission y est défavorable. Néanmoins, on nous signale des dépassements qui sortent du « tact et de la mesure » et rien n'est fait. Madame la ministre, pouvez-vous nous dire ce que le Gouvernement compte faire ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ce Gouvernement, comme le précédent – Mme Touraine s'est beaucoup battue à ce sujet - a choisi des dispositifs incitatifs plutôt que coercitifs. Une dynamique positive est enclenchée, le taux de dépassement a baissé, de 54 % en 2011 à 49 % en 2017. Le risque avec votre proposition est que le non-conventionnement se développe, et que s'installe une médecine à deux vitesses. Nous continuerons notre action, qui semble porter ses fruits.

L'amendement n°528 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°529, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement de repli rétablit les sanctions prévues par la loi HPST - à laquelle notre groupe était opposé. Il n'y a eu que quatorze sanctions prononcées par les caisses d'assurance maladie entre 2012 et 2015 !

Les dépassements d'honoraires sont particulièrement répandus chez les gynécologues, les gériatres, les neuropsychiatres et les stomatologues ; ils sont quasi systématiques dans certains départements, notamment à Paris, dans le Rhône, les Yvelines ou le Haut-Rhin. Certes, vous agissez, madame la ministre, mais c'est insuffisant.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La chambre disciplinaire est compétente et il existe déjà des sanctions. Il n'est pas utile d'en ajouter. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sur les dépassements, la notion de « tact et mesure » est délicate et nous laissons les instances ordinales l'interpréter.

Quant aux refus de soins, la loi HPST n'est pas appliquée, faute de texte réglementaire, j'ai donc demandé au conseil de l'Ordre que nous travaillions sur ce point et je serai très volontariste car le phénomène est inadmissible. En attendant, avis défavorable.

M. Michel Amiel. – Madame Cohen, ce que vous proposez illustre le principe selon lequel le mieux est l'ennemi du bien. Avec ces sanctions, on risquerait un déconventionnement excessif.

Mme Laurence Cohen. – La notion « tact et mesure » est très subjective ; la loi devrait être plus précise. Vous parlez de sanctions existantes... mais il n'y en a eu que quatorze entre 2012 et 2015. Il est dans notre rôle, selon moi, de siffler la fin de la récréation.

M. Bernard Jomier. – Mme Cohen pose une vraie question. Les commissions de contrôle de l'activité libérale au sein des hôpitaux n'envoient pas les informations à la commission centrale, qui ne peut donc travailler ; on craint de se priver de praticiens ; et le conseil de l'Ordre des médecins n'assume pas ses responsabilités. Je ne voterai pas cet amendement, mais il serait temps que l'Ordre des médecins applique des règles de déontologie.

L'amendement n°529 n'est pas adopté.

ARTICLE 36

M. le président. – Amendement n°626, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 18 à 21

Remplacer ces alinéas par huit alinéas ainsi rédigés :

III. – L'article 20-1 de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Au 9°, après la référence : « 8° » sont insérés les mots : « du présent I » ;

3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Le chapitre X du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;

4° À l'article 20-2, après la référence : « 8° » sont insérés les mots : « du I » ;

5° À l'article 20-6, après la référence : « 7° » sont insérés les mots : « du I ».

IV. – Au 2° de l'article 8 de l'ordonnance n°2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte, après la référence : « 13° » sont insérés les mots : « du I ».

Mme Catherine Deroche. – Amendement de coordination.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°626 est adopté.

L'article 36, modifié, est adopté.

L'article 36 bis est adopté.

ARTICLE 37

Mme Patricia Schillinger. – Notre groupe considère que l'article 37 va dans le bon sens, celui d'une meilleure prise en compte de la santé de la petite enfance. Mais il demeure une précarité menstruelle, car les protections hygiéniques sont fort onéreuses, j'en ai parlé en discussion générale.

Je souhaite vous alerter également sur l'endométriose, qui occasionne des douleurs aiguës pendant les menstruations. Il faut une meilleure prévention, quand on connaît l'enjeu sanitaire et les inégalités induites - je pense aux risques de stérilité et l'absentéisme scolaire pour les jeunes filles.

En 2016, l'Éducation nationale a signé une convention avec les associations de malades. Le Gouvernement s'appuie sur les instances de prévention - c'est un levier particulièrement pertinent.

M. le président. – Amendement n°347 rectifié, présenté par M. Vaspart, Mme Lamure, MM. Perrin, Raison, Darnaud et Courtial, Mme Gruny, M. J.M. Boyer, Mme Bruguière, MM. Magras, Sido et Kennel, Mme N. Delattre, MM. de Nicolaÿ et Paul, Mmes Bonfanti-Dossat, Durantont et Deromedi,

MM. H. Leroy et Brisson, Mme Puissat et MM. Mouiller et Gremillet.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots :
« Les professionnels de santé habilités, » ;

M. Michel Vaspart. – L'article 37 modifie le calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes. Il prévoit que trois des vingt examens, aujourd'hui effectués avant les 6 ans de l'enfant, soient réalisés entre l'âge de 6 ans et celui de 18 ans.

Dans un avis du 25 mai 2016, le Haut Conseil de la santé publique a considéré que tous les examens au sens de l'article L. 2132-2 ne sont pas nécessairement médicaux. Aux 3^e et 5^e mois, la « consultation pourrait être faite par une IDE puéricultrice », permettant ainsi de mobiliser des compétences complémentaires à celle des médecins dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, et dans un contexte de désertification médicale.

Cet amendement prévoit donc que l'arrêté prévu fixe également les catégories de professionnels de santé habilités à réaliser les différents examens prévus par la loi.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je comprends bien la demande, mais l'article L. 2132 du code de la santé publique le prévoit déjà. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Aujourd'hui, la liste des professionnels est publiée par décret, et vous voulez préciser ce renvoi dans la loi... Sagesse.

M. Michel Vaspart. – Si la ministre s'engage à l'écrire dans le décret (*Mme la ministre fait signe que oui*), retrait.

L'amendement n°347 rectifié est retiré.

L'article 37 est adopté.

ARTICLE 38

M. Bernard Jomier. – L'article élargit à toutes les substances psychoactives la compétence du fonds de lutte contre le tabac, dont les recettes sont tombées de 97 à 87 millions d'euros avec la baisse de consommation du tabac.

Les contraventions sur le cannabis, hasard heureux, devraient selon vous rapporter 10 millions d'euros, qui sont affectés au fonds. Une section spécifique est créée en son sein pour l'outre-mer, car ces territoires connaissent des problèmes particuliers. C'est bien, mais comment ferons-nous, à enveloppe inchangée ? L'alcool, pourtant deuxième addiction, sera-t-il un jour mis à contribution pour le financement de ce fonds ?

Mme Laurence Cohen. – Je regrette que notre amendement n°532 ait été déclaré irrecevable au titre de l'article 40, pour un motif original : la commission des finances a estimé que la nouvelle recette que

nous voulions créer était trop importante et inciterait à des dépenses trop importantes ; c'est incroyable ! (*Sourires*)

La ligne budgétaire ne fait que baisser. Nous sommes favorables à l'extension du fonds, mais nous regrettons que les addictions comportementales aient été laissées de côté, comme l'addiction aux jeux par exemple.

Nous désapprouvons le principe de la contravention pour consommation de cannabis. Nous proposons pour notre part une taxe sur les boissons à la fois sucrées et alcoolisées. L'alcool tue 49 000 personnes chaque année ! Nous nous abstenons donc sur l'article.

M. Michel Amiel. – Je rejoins Mme Cohen sur la question des jeux. Or mon amendement sur ce point a été repoussé sur le fondement de l'article 45 de la Constitution, au motif qu'il ne s'agirait pas d'une question de santé. Quand on connaît les conséquences qu'une telle dépendance peut avoir... L'addiction comportementale est aussi grave que l'addiction à une substance.

M. le président. – Amendement n°106 rectifié *bis*, présenté par Mmes Deseyne et Deromedi, MM. Mouiller, Grosdidier et Paccaud, Mme L. Darcos, MM. Cuypers et Huré, Mmes Imbert, Thomas et Chain-Larché, MM. Mandelli, Husson, Piednoir et Laménie, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Buffet, Mme Durantou et M. Pierre.

Supprimer cet article.

M. Philippe Mouiller. – La dilution du fonds de lutte contre le tabac dans un fonds dédié à la lutte contre toutes les addictions ne tient aucun compte de la réalité. Les acteurs de la prévention du tabagisme, pourtant membres depuis l'origine du comité de pilotage du Programme national de lutte contre le tabac, ont été exclus de tout échange sur cette extension : sans financement à la mesure des enjeux, elle affaiblit pourtant dangereusement les actions de prévention du Plan national de lutte contre le tabagisme 2018-2022, et supprime son caractère prioritaire.

Enfin, les réponses apportées aux comportements à risque sont propres à chaque substance. Si la réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool est liée aux politiques visant à encadrer l'offre de ces produits, les drogues illicites sont du domaine du soin et de la prise en charge des patients, leur offre étant illégale.

La disposition prévue par l'article 38, telle qu'envisagée, va entraîner un effondrement du financement des actions de lutte contre le tabac par dilution des ressources. C'est pourquoi il convient de poursuivre un financement efficace de la lutte contre le tabagisme à la hauteur de ce défi de santé publique.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement supprime l'article 38 ; la commission ne

peut y souscrire. L'élargissement n'est pas à rejeter, car les conduites addictives sont souvent liées entre elles. Le risque de dilution et l'importance des addictions comportementales justifient cependant des précisions de Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le fonds Tabac était de 30 millions d'euros en 2017, nous l'avons porté à 100 millions d'euros en 2018 et il est maintenu à ce niveau. Je ne comprends donc pas les chiffres de M. Jomier. Nous ajoutons les contraventions liées à la consommation de cannabis et le produit d'une taxe sur le rhum - affecté à la section outre-mer du fonds.

En 2017, nous avons financé les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à hauteur de 411 millions d'euros, et un peu plus en 2018.

Les ARS ont consacré 53 millions d'euros à la lutte contre le tabac. Des équipes de lutte contre les substances addictives agissent. Le programme 204 consacre 7,2 millions à des mesures de lutte directe contre les addictions ou à des dotations à Santé Publique France.

L'addiction de la lutte contre les addictions ne se limite pas au fonds Tabac.

Le Plan de lutte contre les addictions, porté par une mission interministérielle, doit encore faire l'objet d'arbitrages ; il y a six grands axes : protéger les plus jeunes, mieux répondre aux conséquences des addictions, mieux lutter contre les trafics, accroître nos connaissances et leur diffusion, observer et agir au-delà de nos frontières et renforcer l'efficacité de l'action publique dans les territoires. Je n'ai pas de date à vous communiquer mais il sera présenté très prochainement.

M. Bernard Jomier. – Nous ne sommes pas en désaccord sur les chiffres. Admettons que les contraventions sur le cannabis produisent 10 millions d'euros. Mais la part consacrée à des actions contre le tabagisme va diminuer. Les traitements nicotiniques sont remboursés à 100 %, mais l'assurance maladie ponctionne le fonds pour financer cela... La prévention n'en a que moins d'argent. C'est pourquoi la question de la gouvernance du fonds est également importante.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je contestais que nous abaissions les dotations du fonds de 10 millions d'euros. Mon intime conviction, c'est que nous séparons trop la prévention par des campagnes grand public et celle qui passe par des dispositifs personnels, comme les substituts nicotiniques. Il faut avoir un regard global, car il s'agit d'un continuum. La totalité des crédits dédiés à la prévention augmente dans ce PLFSS.

M. Philippe Mouiller. – Je retire mon amendement même si je ne suis pas totalement rassuré par vos propos, mais nous aurons l'occasion d'y revenir.

L'amendement n°106 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°627, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I. – L'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 du présent code » ;

2° Après la référence : « 298 *quaterdecies* », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « du code général des impôts » ;

3° Au troisième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » et les mots : « du même » sont remplacés par le mot : « dudit ».

L'amendement de coordination n°627, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°464 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les instances de gouvernance du fonds et les modalités de représentation des acteurs reconnus d'intérêt général du champ sanitaire et de la prévention œuvrant sur les addictions liées aux différentes substances psychoactives. »

M. Bernard Jomier. – L'extension du fonds nécessitera une nouvelle gouvernance. La présence d'acteurs associatifs reconnus d'intérêt général me paraît importante. Il faut associer les acteurs de la prévention en santé publique, dans une vision holistique. La représentation des seules institutions publiques serait trop restrictive. Quelle est votre conception de la gouvernance du fonds, madame la ministre ?

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les modalités d'application seront prises par décret. Cet amendement semble donc satisfait. Retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – En effet, le décret qui sera publié au premier trimestre 2019 précisera la gouvernance du fonds. Nous prévoyons un conseil de gestion pour les aspects administratifs, et un conseil d'orientation avec toutes les parties prenantes. Retrait.

M. Bernard Jomier. – Soit. Mais la gouvernance de l'actuel fonds n'inclut pas les grandes fédérations. Seront-elles associées demain ? (*Mme la ministre fait signe que oui.*)

L'amendement n°464 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°613, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il identifie les actions de la section du fonds à destination de l'outre-mer.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement a pour objet d'identifier, dans l'arrêté annuel du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, les actions à destination de la section outre-mer du fonds.

L'effort mené dans les territoires outre-mer doit être parfaitement identifié.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis favorable.

L'amendement n°613 est adopté.

L'article 38, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°306 rectifié, présenté par M. Bonhomme.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article 1613 *ter* du code général des impôts est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de la contribution mentionnée au I est équivalent à 20 % du prix de vente total du produit. »

M. François Bonhomme. – L'article 19 de la LFSS 2018 prévoyait une modulation de la « taxe soda » en fonction du taux de sucre contenu dans les boissons concernées. Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2018.

Certains industriels contournent toutefois la taxe par une stratégie dite de *downsizing*, qui consiste à diminuer les quantités, donc à procéder à une augmentation cachée du prix au litre ou au kilo.

Cet amendement introduit un objectif en pourcentage.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le mode de calcul proposé ne permettrait pas de faire la distinction entre une eau légèrement sucrée et une canette de soda. Retrait ou défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le dispositif a été efficace et les industriels ont réduit progressivement leur taux de sucre, à l'exclusion d'un seul, qui a réduit ses contenants. Quoi qu'il en soit, l'effet est tout de même de réduire la consommation !

Changer la règle fiscale serait déstabilisant pour le nouveau dispositif qui porte ses fruits. Votre amendement risque d'être contreproductif en termes de santé publique. L'enjeu doit avant tout être de réduire la consommation de sucre.

M. François Bonhomme. – On peut parler d'infléchissement, mais ne crions pas victoire. La

consommation de sucre excessive coûte à la sécurité sociale 19 milliards d'euros. Elle est de 35 kilos par an et par personne, voire 50 ou 70 kilos pour certaines catégories sociales ou tranches d'âge. Or elle cause des cirrhoses, des complications cardio-vasculaires, des problèmes de fertilité... C'est un enjeu économique et sanitaire ! Le sucre est peu cher, les industriels en mettent partout. J'espère que le Gouvernement fera tout pour limiter sa consommation.

L'amendement n°306 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°135 rectifié, présenté par Mme Deromedi, M. Frassa, Mme Di Folco, M. Mouiller, Mme Bruguière, MM. Kennel et H. Leroy, Mme Renaud-Garabedian, MM. Regnard, Lefèvre et Mayet, Mme Morhet-Richaud, MM. D. Laurent et Calvet, Mme L. Darcos, MM. Charon et Bonhomme, Mme Chain-Larché, MM. Allizard, Cuypers et Rapin, Mme Malet, M. Revet, Mme Thomas, M. Priou, Mmes Lherbier, Boulay-Espéronnier et Lanfranchi Dorgal et MM. Segouin et Gremillet.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport est présenté par le Gouvernement dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi sur le suivi des assurés à un régime obligatoire de sécurité sociale qui ont été atteints d'un cancer pédiatrique après leur majorité et cinq ans après le dernier traitement.

M. Philippe Mouiller. – Le suivi simple des enfants ayant été traités pour cancer s'étale sur cinq à sept ans. Puis la prise en charge à 100 % est supprimée, sauf en cas de cancer persistant ou recommençant. Or les conséquences des traitements d'un cancer pédiatrique surviennent tardivement ou ne peuvent être détectées qu'après un certain nombre d'années - après la puberté par exemple. Les traitements peuvent aussi causer une stérilité. De telles séquelles ne sont généralement pas repérées lors des consultations de suivi simple car les enfants sont trop petits. Il est important de vérifier les procédures de suivi actuellement mises en œuvre. Cela contribuerait, en effet, à éviter certaines maladies : maladies cardiaques, maladies cérébro-vasculaires, un second cancer, un handicap s'aggravant avec l'âge. Parmi les solutions possibles, on pourrait, par exemple, proposer une consultation gratuite.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Plusieurs amendements sur ce sujet ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 40, ce qui a motivé je crois la présente demande de rapport : celui-ci pourrait être intéressant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La prise en charge des cancers pédiatriques est désormais assurée dans des centres spécialisés. Ces cas que vous évoquez sont anciens. Les services sont fortement mobilisés, le troisième plan Cancer 2014-2019 fait une priorité de

ces cancers pédiatriques - je le sais, j'en avais la responsabilité - avec un suivi à long terme, un observatoire et un registre exhaustif des cancers pédiatriques qui permet, lorsque les connaissances sur les séquelles progressent, d'adapter la réponse. Le suivi post ALD de ces pathologies est déjà pris en charge à 100 % lorsque les oncologues en font la demande, et ils la font tous !

M. Philippe Mouiller. – Merci.

L'amendement n°135 rectifié est retiré.

ARTICLE 38 BIS

M. le président. – Amendement n°80, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – L'article 38 bis prévoit la remise au Parlement au plus tard le 1^{er} juin 2019 d'un rapport évaluant l'efficacité des dépenses de prévention dans la lutte contre les addictions, notamment contre l'alcoolisme. Or l'article 38 du PLFSS prévoit d'ores et déjà qu'un arrêté fixera, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements du fonds de lutte contre les addictions aux substances psychoactives, ainsi que les montants et la destination des sommes distribuées. C'est redondant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°80 est adopté.

L'article 38 bis est supprimé.

Les amendements n°s 338 et 339 n'ont plus d'objet.

ARTICLE 39

M. le président. – Amendement n°236 rectifié, présenté par Mme Berthet, MM. Houpert et Laménié, Mmes Lamure et Lassarade, M. Guéné, Mmes Imbert et A.M. Bertrand, MM. Bonhomme, Brisson, Chaize et de Nicolay, Mmes Delmont-Koropoulis et Deromedi, M. Ginesta, Mme Gruny, MM. Genest et Revet, Mmes Raimond-Pavero, Micouleau et Noël, MM. Paccaud et Magras, Mme Lavarde et M. Sido.

Alinéa 4

Après le mot :

vaccinations

insérer les mots :

et dispenser les vaccins disposant d'un statut défini à l'article L. 5132-6

Mme Martine Berthet. – Cet amendement autorise les pharmaciens à dispenser certains vaccins à prescription médicale obligatoire dont la liste est fixée par arrêté.

En effet, le statut de nombreux vaccins évolue de médicaments à prescription médicale facultative vers des médicaments à prescription médicale obligatoire.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. – Les pharmaciens sont inquiets car un texte européen prévoit de placer les médicaments injectables sur le régime de la prescription obligatoire. Des précisions pour les vaccins sont nécessaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'article 39 vise à faciliter la vaccination mais pas à lever le contrôle médical. La législation européenne interdit effectivement la délivrance de vaccins et de tout produit injectable par les pharmaciens sans prescription. Nous avons accepté cette évolution et devons adapter notre régime en conséquence : retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°236 rectifié est retiré.

L'article 39 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°341, présenté par M. Amiel et les membres du groupe La République En Marche.

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les trois départements du Nord, de la Guyane et des Bouches-du-Rhône, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement d'une consultation unique de prévention pour les assurés âgés de 11 à 14 ans.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des trois agences régionales de santé Hauts-de-France, Guyane et Provence-Alpes-Côte d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

M. Michel Amiel. – L'an dernier, il avait été décidé dans le cadre de la prévention des cancers féminins de mettre en place une consultation spécifique et sa prise en charge à 100 % par la sécurité sociale pour les assurées âgées de 25 ans.

Cet amendement prévoit l'expérimentation dans certaines régions d'une première consultation de prévention générale auprès des jeunes filles et jeunes garçons pour sensibiliser au papillomavirus, qui touche

aussi les garçons. Une étude australienne a montré l'efficacité du vaccin.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'extension de la couverture vaccinale contre le papillomavirus est prévue par le texte. Il y a déjà les actions de prévention concernant les affections sexuellement transmissibles, les cours d'éducation sexuelle, la consultation pour les jeunes filles, etc. Nous le verrons à l'article 39 bis. Les ressources du fonds d'intervention régionale ne sont pas illimitées. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La consultation à 25 ans visait à dépister les cancers précoces du sein chez les femmes à risque. Sur le papillomavirus, nous avons saisi la HAS pour savoir s'il est pertinent de proposer la vaccination des jeunes garçons. Le calendrier des consultations vaccinales a été revu à l'article 35 avec trois rendez-vous entre 6 et 18 ans. La vaccination contre le papillomavirus pourra être évoquée dans ce cadre. Je vais du reste demander que le contenu de ces consultations soit précisé par la HAS, afin que tous les jeunes bénéficient du même suivi.

Retrait ou avis défavorable.

L'amendement n°341 est retiré.

ARTICLE 39 BIS

M. le président. – Amendement n°533, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Laurence Cohen. – Nous ne sommes pas favorables à la généralisation de la vaccination contre le papillomavirus humain, en raison de ses effets indésirables graves : il faut surtout intensifier la recherche sur les causes, en particulier sur les effets des adjuvants à base de sels aluminiques. Ce vaccin est pour l'heure juste recommandé chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans, or cet article ouvre la voie à l'obligation vaccinale.

Je ne suis pas anti-vaccins. Mais les professeurs Gherardi et Autier de l'Inserm ont montré que les sels d'aluminium migraient vers le cerveau ou la rate. Le professeur Yehuda Shoenfeld, référence mondiale, classe le myofasciite à macrophages dans le syndrome des adjuvants.

D'autres adjuvants sont disponibles, tel le phosphate de calcium. Madame la ministre, vous pourriez mettre en place une autre équipe, indépendante, chargée d'une expertise sur la toxicité des adjuvants. Les patients devraient pouvoir choisir entre des vaccins avec ou sans sels adjuvants.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement supprime l'expérimentation relative à la vaccination contre le papillomavirus. Madame Cohen, si vous dites n'être pas anti-vaccins, vous développez les arguments qui sont ressassés depuis des années

pour faire peur. Ces arguments et ces mobilisations sont, à mon sens, irresponsables au regard des risques contre lesquels protège la vaccination. Voyez les dommages liés à la recrudescence de la rougeole ! Nous devons protéger nos jeunes. Dans les pays où la vaccination contre le papillomavirus a été généralisée, les cancers secondaires ont diminué, voire disparu. Avis tout à fait défavorable à cet amendement qui traduit une méfiance envers les vaccins.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'ai beaucoup de respect pour votre travail, madame Cohen, mais je note une certaine incohérence. Le cancer du col de l'utérus est le plus inégalitaire au monde. Ce sont les territoires et les populations les plus défavorisés qui sont les plus touchés, ceux des Hauts-de-France et des DOM où les femmes n'accèdent pas au suivi gynécologique à cause du coût des consultations, à cause des déserts médicaux. Au contraire, vous devriez défendre l'accès à la vaccination pour toutes ces femmes. Vous contribuez aux inégalités de santé en tenant de tels propos qui ne sont pas raisonnables sur le plan scientifique. Le vaccin contre le papillomavirus a fait l'objet de multiples études à travers le monde ; la dernière, la plus belle est celle qu'ont réalisée l'assurance-maladie, Santé publique France et l'ANSM en 2016. Elle montre, de mémoire, que sur 800 000 femmes vaccinées, on a détecté 4 cas de Guillain-Barré. Pour être tout à fait complète, ce risque existe et il est connu : il est de l'ordre de 1 pour un million. Le vaccin contre la grippe peut en donner mais la grippe en donne beaucoup plus.

M. Gérard Dériot. – Bravo.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement va à l'encontre du principe d'égalité devant la santé pour lequel vous vous battez. Avis défavorable.

M. Michel Amiel. – Autorisez-moi à passer une deuxième couche... Aujourd'hui, on peut véritablement parler d'obscurantisme anti-vaccinal, même s'il est parfois porté par le corps médical, y compris des sommités.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – ... médiatiques plus que médicales !

M. Michel Amiel. – En 35 ans, je n'ai eu qu'un cas de Guillain-Barré et il était dû à la grippe, non au vaccin contre la grippe. Ce cancer, le papillomavirus, il faut le dire, est un cancer de la précarité. Il frappe des femmes qui ne sont pas suivies pour des raisons économiques ou sociologiques dans certains quartiers. Une façon élégante de contourner cette difficulté est la vaccination. Se vacciner présente-t-il un risque ? Oui, mais il est infiniment plus risqué de ne pas se faire vacciner.

Quant à la myofasciite à microphage, une seule équipe a publié dessus. À croire que cette maladie n'existe qu'en France, et dans un seul territoire limité.

Madame Cohen, nous ne sommes pas du même bord politique mais nous partageons beaucoup de valeurs ; il est dommage que le Parlement n'envoie

pas un signal fort pour lutter contre l'obscurantisme anti-vaccinal.

M. Bernard Jomier. – Quand des personnes mettent en cause l'obligation vaccinale, je leur raconte que nous avons réussi à éradiquer la polio dans notre pays par un vaccin qui donnait la polio à certains enfants mais en protégeait des millions d'autres.

Madame Cohen, je ne comprends pas que vous, qui défendez souvent l'intérêt général contre les dérives de l'individualisme, ce qui est tout à votre honneur, vous fassiez, sur cette question, primer l'intérêt individuel. Le refus systématique de certains de se plier à l'intérêt général est une dérive insupportable que je ne peux accepter ni philosophiquement ni politiquement. Le débat scientifique est tranché : si une personne sur un million souffre de tel ou tel effet indésirable, le vaccin en protège 999 999. (*Applaudissements sur tous les bancs, sinon ceux du groupe CRCE*)

M. Yves Daudigny. – Je veux ajouter un élément d'information à ce débat. D'après l'étude publiée il y a quelques jours par le LEEM, après une baisse continue depuis 2015, le niveau de confiance dans les médicaments se stabilise. Huit Français sur dix ont confiance dans les médicaments en général et d'autant plus dans les médicaments qu'ils prennent. La confiance dans les vaccins progresse de 2 % par rapport à 2016 pour atteindre 71 % et 22 % des Français se disent totalement confiants. L'inversion de la courbe dans le sens d'un retour de la confiance est une excellente nouvelle !

Mme Laurence Cohen. – J'apprécie l'hommage rendu à mon groupe politique pour le combat qu'il mène pour l'égalité, pour le bien commun et les personnes le plus en difficulté. Effectivement, j'ai mené un travail de fond sur ce sujet et j'ai rencontré les professeurs Autier, Shoefeld et d'autres. J'entends vos arguments mais ils partent d'un postulat qui est faux : je m'interroge, non sur la vaccination, mais sur les adjuvants aluminiques. Je suis pour les vaccins, mon groupe est vacciné et je suis contre tous les lobbys qui nous abreuvent de messages insultants pour propager de l'obscurantisme. Pourquoi avoir remplacé le phosphate de calcium par des sels aluminiques ? Y a-t-il des intérêts particuliers ? Y a-t-il des contre-indications ? Pourquoi ne pas laisser le choix entre plusieurs adjuvants ? J'aimerais qu'on réponde à nos questionnements au lieu de tendre le bâton.

L'amendement n°533 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°81, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 1

Remplacer les mots :

les régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

par les mots :

deux régions volontaires

et les mots :

des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé

par les mots :

d'actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des campagnes d'information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires mentionnés à l'article L. 541-3 du code de l'éducation, en partenariat avec les médecins et infirmiers de l'éducation nationale et les services de santé scolaire,

II. - Alinéa 2

1° Première phrase

a) Après le mot :

précise

insérer les mots :

le délai dans lequel les régions informent le représentant de l'État de leur volonté de participer à cette expérimentation,

b) Remplacer les mots :

du projet à présenter dans chaque région

par les mots :

de l'appel à projets

c) Compléter cette phrase par les mots :

en vue d'une éventuelle généralisation

2° Dernière phrase

a) Remplacer les mots :

concernés au sein des agences régionales de santé des régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

par le mot :

retenus

b) Après le mot :

expérimentation

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

, après avis des agences régionales de santé concernées.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement précise la nature et le champ des actions qui pourront être mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation en mettant en avant l'indispensable partenariat avec les acteurs de la santé scolaire. Il laisse également au Gouvernement le soin de sélectionner les deux régions pilotes, quand l'Assemblée nationale les avait précisées dans la loi.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – D'accord sur le dernier point : laissons les régions candidater. Nous sommes en revanche plus réservés sur le premier. Nous avons déjà prévu, dans le plan cancer, de mettre

en place des projets de recherche interventionnelle sur l'identification des freins à la vaccination. Sagesse.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – L'article tel que rédigé par l'Assemblée nationale était si large qu'il nous a semblé utile de le préciser.

Mme Véronique Guillotin. – Je m'abstiendrai car ma région du Grand Est est ravie d'avoir été choisie pour cette expérimentation.

L'amendement n°81 est adopté.

L'article 39 bis, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°10 rectifié *quater*, présenté par Mmes Estrosi Sassone et Micouleau, M. Bonhomme, Mme Deromedi, M. de Nicolay, Mme Delmont-Koropoulos, MM. Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguère, MM. Huré et Grosdidier, Mmes Raimond-Pavero, 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. Duplomb, Saury et Leleux, Mmes L. Darcos et Renaud-Garabedian, MM. Priou et Piednoir, Mme M. Mercier, MM. Pointereau, Lefèvre et Revet, Mme Berthet, MM. B. Fournier, Raison, Perrin, Mayet et Vaspart, Mme Thomas, MM. Babary, Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et MM. Sido et Gremillet.

Après l'article 39 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2019 et pour une période n'excédant pas trois ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la télé-orthophonie, pour des patients pris en charge, d'une part, en ville, et, d'autre part, en établissements hospitaliers et en structures médico-sociales par télé-expertise et télé-intervention orthophonique.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé.

Les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les orthophonistes volontaires peuvent participer à ces expérimentations.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-14-1, L. 162-26 et

L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et orthophonistes par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code ;

4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique.

Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9.

Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télé-orthophonie dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées.

Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télé-orthophonie dans le cadre de l'expérimentation.

IV. – Au terme de cette expérimentation, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé, en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie, les orthophonistes participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

Mme Brigitte Micouleau. – Cet article autorise l'expérimentation du financement d'actes de télé-orthophonie pour accélérer le déploiement des nouveaux usages de la télé-orthophonie en ville au sein des établissements hospitaliers et des structures médico-sociales. Cette expérimentation aura lieu dans plusieurs régions pilotes, pour une durée de trois ans.

Fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pilotée par les ARS, elle pourra notamment s'appliquer au suivi des séquelles des AVC ou dans le cadre de traitements contre des cancers ayant un impact majeur sur le langage et les fonctions oro-faciales.

M. le président. – Amendement identique n°50 rectifié *ter*, présenté par MM. Paccaud et Bouchet, Mme Duranton, M. Houpert, Mme Lassarade, M. H. Leroy, Mme Malet et MM. Poniatowski, Schmitz et Sol.

M. Alain Schmitz. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°288 rectifié, présenté par M. Prince et les membres du groupe Union Centriste.

Mme Élisabeth Doineau. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°368 rectifié *ter*, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Pollian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, M. Tourenne, Mme Espagnac, M. Iacovelli, Mme Ghali, M. P. Joly, Mme Prévile, M. Vaugrenard, Mme Bonnefoy et M. Jacquin.

Mme Victoire Jasmin. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°590 rectifié, présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, A. Bertrand, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, M. Gabouty, Mme Guillotin et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

M. Guillaume Arnell. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Il est effectivement préférable d'engager des expérimentations avant d'inscrire ces actes dans le droit commun, comme la précédente FSS l'a rendu possible. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait, sinon rejet. Nous venons de faire entrer la télémédecine dans le droit commun. Des auxiliaires médicaux demandent d'accéder à la téléconsultation, les orthophonistes ne sont pas les seuls. Nous préférons travailler petit à petit avec les professionnels pour identifier les besoins de la population, l'offre et le cadrage - fixer un tarif serait totalement prématuré. En tous les cas, ce projet de loi financier n'est pas le bon réceptacle.

Mme Laurence Cohen. – En tant qu'orthophoniste, je pense que la position de la ministre est sage. Cette demande, qui émane du syndicat des orthophonistes, part de la pénurie de professionnels. Cette profession demande d'établir un lien fort avec le patient, notamment les adultes atteints de troubles aphasiques, une grosse part du travail est d'ordre psychologique. La téléconsultation peut aider mais là, ce n'est pas mûr.

Mme Brigitte Micouleau. – Je suis l'avis de notre orthophoniste Mme Cohen et retire l'amendement.

*L'amendement n°10 rectifié quater est retiré, de même que les amendements n°50 rectifié *ter*, 288 rectifié, 368 rectifié *ter* et 590 rectifié.*

M. le président. – Amendement n°342, présenté par M. Amiel et les membres du groupe La République En Marche.

Après l'article 39 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant et non soignant dans les établissements de santé public ou privés ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Amendement n°343, présenté par M. Amiel et les membres du groupe La République En Marche.

Après l'article 39 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé.

II – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un

cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé des régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Amendement n°344, présenté par M. Amiel et les membres du groupe La République En Marche.

Après l'article 39 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État autorise pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte-d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination antigrippale des enfants.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

M. Michel Amiel. – Si la grippe est une maladie banalisée, elle est la première cause de mortalité infectieuse en France. La Cour des comptes, dans son rapport, a souligné l'importance de la vaccination antigrippale dans les Ehpad. Mon premier amendement consiste en une expérimentation sur la vaccination obligatoire de toutes les personnes en contact avec les patients. Le deuxième, de repli, la restreint aux soignants. Le dernier encourage la vaccination chez les enfants.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'obligation vaccinale des soignants a été levée par un décret du 14 octobre 2006. Mieux vaudrait revenir sur ce sujet dans un projet de loi sur la santé, par un autre biais qu'une expérimentation. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Pour moi, c'est une obligation déontologique, pour les soignants, de se vacciner pour ne pas nuire. Cette année, j'ai proposé aux sept ordres des professionnels de santé de signer une charte d'engagement. Une circulaire a été envoyée dans les Ehpad. Le décret de 2006 a été pris après un avis du Conseil d'État estimant que l'obligation vaccinale n'était pas proportionnée par rapport au risque individuel encouru par les soignants. Si la relance proactive de la vaccination que nous engageons ne suffit pas, nous réinterrogerons le Conseil d'État. Retrait ?

M. Michel Amiel. – Madame la ministre, cette fois, votre charme n'agit pas. Je marque le coup en maintenant mon amendement et vous donne rendez-vous sur le même sujet l'an prochain. (*Sourires*)

Mme Laurence Rossignol. – La démarche avec les ordres est une chose mais que fait-on avec le personnel non soignant des Ehpad ? Leur taux de vaccination est de moins de 50 %.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans notre esprit, il s'agit de toutes les personnes en contact avec les personnes vulnérables. Si nous obtenions des meilleurs taux chez les infirmières, les sages-femmes et les médecins, cela serait déjà bien. Que leur taux de vaccination soit inférieur à 50 % est choquant.

M. Michel Amiel. – Madame Rossignol, mon premier amendement concerne bien l'ensemble du personnel, soignants et non soignants.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Sagesse.

L'amendement n°342 est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°343 n'a plus d'objet.

L'amendement n°344 est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 40

M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. – Cet article est le seul à évoquer l'accompagnement des personnes handicapées. Il n'en est pas moins ambitieux, en ce qu'il propose une prise en charge financière intégrale d'un parcours de bilan et intervention précoce pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement.

La mesure, bien qu'animée des meilleures intentions, n'était pas toujours parfaitement comprise des personnes auxquelles elle s'adresse. Améliorer le champ du diagnostic est indispensable mais le faire sans mentionner celui du repérage ne peut que créer des incompréhensions qu'il faudra clarifier au cours de notre débat.

Un autre point doit être soulevé : cet article introduit dans la loi la notion de « troubles du neuro-développement » qui sera intégrée à la classification internationale des maladies, la CIM, en 2022

seulement. Entre-temps, des repérages et diagnostics auront été réalisés sur le fondement d'une notion thérapeutique dont les MDPH, qui appuient la recevabilité des demandes qu'elles reçoivent sur la CIM en vigueur, n'auront pas connaissance. J'y insiste, une instruction ministérielle doit être rédigée à destination de ces dernières.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – J'ai rencontré l'association Azur qui rassemble des familles d'enfants atteints de troubles du spectre autistique. Ces familles se retrouvent seules, à courir les cabinets médicaux pour les dépistages, à monter des dossiers auprès des MDPH, à chercher la meilleure solution pour leur enfant à l'école, en IME, voire en Belgique. Ce qui m'a le plus frappé, c'est l'isolement dans lequel se trouvent ces familles, ces mères qui veulent le meilleur pour leur enfant et se désocialisent. Les lois sur le handicap ne tiennent pas compte des spécificités du handicap mental pour les personnes atteintes et leur entourage. Cet article a le mérite d'exister mais, plus que de la meilleure prise en charge des parcours, c'est d'accompagnement par une institution de référence qu'ont besoin les parents. Le ping-pong entre les MDPH, le rectorat et la CAF est usant et la moindre erreur peut coûter aux parents qui doivent attendre plusieurs mois avant de recevoir les premiers versements.

Mme Corinne Féret. – Familles, associations et professionnels sont inquiets. L'inclusion des enfants DYS et TDAH dans cet article qui représente une avancée pour le repérage de l'autisme risque de les exposer à d'éventuels amalgames. Les troubles DYS sont des troubles cognitifs spécifiques, ils nécessitent des explorations pluridisciplinaires qui sont étrangères à l'approche psychologique ou psychanalytique. Elles interviennent d'ailleurs généralement après 6 ans. Le risque de glissement vers le diagnostic de troubles du spectre de l'autisme est énorme. Les MDPH renvoient ces enfants vers le plan d'accompagnement personnalisé au détriment du plan de scolarité adaptée, le seul pertinent.

Les enfants DYS et TDAH représentent 80 % des enfants souffrant de troubles du neuro-développement. Ils requièrent un projet spécifique.

Mme Patricia Schillinger. – Cet article s'inscrit pleinement dans l'un des objectifs de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 : intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement afin de limiter le sur-handicap. Il est primordial que l'enchaînement des actions de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce soit rapide et fluide. Dans nos territoires respectifs, nous connaissons hélas les carences du système et la détresse des familles et de leurs enfants : un temps précieux perdu en raison d'un manque de formation au repérage ou de la saturation des structures spécialisées dans le diagnostic, mais également des obstacles à la prise en charge par l'assurance maladie. Grâce à l'amélioration de la prise en charge, l'on pourra intervenir rapidement, réduire

les délais de diagnostic et soulager le poids qui pèse sur les familles contraintes de financer le recours à des professionnels non conventionnés. Elle s'accompagnera de moyens renforcés de la stratégie nationale 2018-2022 avec au total près de 400 millions d'euros dédiés à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes, soit près du double de l'enveloppe du troisième plan.

Autre vertu, cette réforme, accompagnée de son décret d'application, renforcera la coordination des professionnels impliqués dans les troubles du neuro-développement. À ce sujet, la PMI est essentielle pour le repérage, la prise en charge précoce, et plus largement pour notre politique de prévention et de lutte contre les inégalités. Ce réseau de professionnels est une ressource précieuse. J'espère que nous aurons la possibilité d'en discuter hors de la guillotine de l'irrecevabilité financière qui a eu raison de nos amendements.

M. le président. – Amendement n°82, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le deuxième alinéa de l'article L. 2132-2 est complété par les mots : « et sont effectués conformément aux recommandations de bonne pratique diffusées par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Cet article utile risque de ne trouver qu'une effectivité limitée si l'étape préalable et cruciale du repérage de ces troubles ne fait l'objet d'aucune réforme. C'est pourquoi cet amendement propose de faire explicitement mention des recommandations de bonne pratique produites par la HAS en février 2018, qui offrent un outil didactique aux médecins de la PMI et aux pédiatres pour leur permettre de détecter ces troubles le plus tôt possible.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Pour répondre à Mme la sénatrice Féret, les troubles DYS sont bien concernés et chaque trouble sera traité en fonction de sa spécificité. Quant à la remarque sur les MDPH, nous sommes bien d'accord que nous intervenons en amont du diagnostic, donc en amont de la déclaration d'une pathologie à la MDPH. Quant à l'inclusion dans la loi des bonnes pratiques de la HAS, sagesse. Ce qui compte, c'est qu'elles soient appliquées.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Il est utile que les MDPH soient informées de ces nouvelles classifications qui ne sont pas encore officielles. Il serait bon aussi que les professionnels, les PMI ou les pédiatres aient une fiche de repérage officielle sur ces troubles. Cela faciliterait leur détection précoce.

Mme Michelle Meunier. – Merci madame la ministre pour votre avis de sagesse. Le repérage est essentiel, il faut aussi travailler sur l'annonce du handicap qui est parfois un traumatisme pour la famille

et l'entourage de l'enfant. Toutes les fiches et bonnes pratiques définies par la HAS doivent être diffusées.

L'amendement n°82 est adopté.

M. le président. – Amendement n°83, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Après le mot :

accompagnement

insérer les mots :

, avant ou pendant leur scolarité,

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Cette nouvelle catégorie de troubles du neuro-développement, qui ne sera opérationnelle qu'à partir de 2022, englobe de nombreux syndromes, dont les troubles du spectre autistique, les troubles de la déficience intellectuelle et les troubles de l'apprentissage. L'âge de repérage de ces troubles peut fortement varier et n'intervenir qu'au moment de la première scolarité. Or l'étude d'impact insiste sur les enfants de moins de 6 ans, alors que de nombreux troubles du neuro-développement ne sont pour la première fois repérés qu'après cet âge.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Cet amendement aboutit à un changement de philosophie. Nous visons le repérage chez les tout-petits pour éviter les pertes de chance. Les pathologies plus tardives sont différentes. Je ne suis pas favorable à une extension pour laquelle nous n'avons pas de cadrage. Restons-en aux 0-6 ans pour l'instant. Aller au-delà suppose une réflexion approfondie.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Soit mais beaucoup d'enfants ne seront malgré tout pas dépistés avant 6 ans. Il faut laisser de la souplesse.

L'amendement n°83 est retiré.

M. le président. – Amendement n°190 rectifié, présenté par Mmes Micouleau, Deseyne, A.M. Bertrand, Bonfanti-Dossat et Bories, MM. Chatillon et del Picchia, Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Grand, Houpert et Karoutchi, Mmes Lherbier et Malet, MM. Morisset et Pellevat et Mme Thomas.

I. - Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours de soins est nécessairement coordonné et gradué avec trois niveaux de recours aux soins selon le degré de complexité de la situation de l'enfant.

II. - Alinéa 6

Après le mot :

parcours

insérer les mots :

issu du troisième niveau

III. - Alinéa 7

1° Deuxième phrase

Remplacer les mots :

chaque catégorie de professionnels

par les mots :

les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues

2° Dernière phrase

Remplacer les mots :

. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également

par les mots :

ainsi que

IV. - Alinéa 8

Remplacer les mots :

du parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

M. Roger Karoutchi. – Il ne s'agit pas d'un de mes amendements ; j'espère qu'il aura un meilleur sort que les miens. (*Sourires*)

Dans le guide « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage », et dans les recommandations de bonne pratique de la HAS de février 2018 sur les troubles du spectre autistique, plusieurs niveaux d'intervention sont prévus. Dans cet article, sont uniquement décrits les niveaux 2 et 3, en omettant complètement les niveaux 1 et 2 en secteur ambulatoire, assurés par des équipes de soins primaires. Pour ces premiers niveaux, il est stipulé dans les recommandations que la prescription des bilans est assurée par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant.

Ces recommandations ne préconisent pas que les professionnels de santé libéraux sollicités par les familles soient rattachés à une structure ou un établissement agréé par l'ARS. Cela risque d'engorger les structures, réservées par la HAS au niveau 3, donc aux cas très complexes et de ne plus laisser le libre choix des interventions et des professionnels de santé par le patient.

L'article est donc en contradiction avec les parcours décrits par la HAS et les recommandations professionnelles.

M. le président. – Amendement identique n°369 rectifié *quater*, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, M. Tourenne, Mme Espagnac, M. Iacovelli,

Mme Ghali, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Prévile, M. Vaugrenard et Mme Bonnefoy.

Mme Victoire Jasmin. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°588 rectifié, présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, A. Bertrand, Collin et Corbisez, Mme Costes et MM. Gabouty, Guérini, Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

M. Guillaume Arnell. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°13 rectifié *bis*, présenté par Mmes Estrosi Sassone et Micouleau, M. Bonhomme, Mme Deromedi, M. de Nicolaÿ, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguière, MM. Grosdidier et Pillet, Mme Raimond-Pavero, 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, M. Bouchet, Mme L. Darcos, MM. Karoutchi, Priou, Piednoir et Paccaud, Mme M. Mercier, MM. Lefèvre et Revet, Mme Berthet, MM. B. Fournier, Raison, Perrin, Mayet, Vaspart, Babary, Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et MM. Sido et Gremillet.

I. – Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours de soins est nécessairement coordonné et gradué avec trois niveaux de recours aux soins selon le degré de complexité de la situation de l'enfant.

II. – Alinéa 7

1° Deuxième phrase

Remplacer les mots :

pour chaque catégorie de professionnels

par les mots :

pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues

2° Dernière phrase

Remplacer les mots :

. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également

par les mots :

ainsi que

III. – Alinéa 8

Remplacer les mots :

du parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

M. Roger Karoutchi. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°402 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le parcours est organisé par les agences régionales de santé et pris en charge par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code ou les réseaux de santé définis par l'article L. 6321-1 du même code. Ces structures doivent être jugées compétentes par l'agence régionale de santé pour la prise en charge des troubles du neuro-développement, selon un cahier des charges conforme aux recommandations de bonne pratique diffusées par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale et regroupées dans un annuaire à disposition des praticiens de premier recours. »

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.

Mme Michelle Meunier. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°535, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

I. – Alinéa 6

Après le mot :

parcours

insérer les mots :

du troisième niveau

II. – Alinéa 7, deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

III. – Alinéa 7, dernière phrase, et alinéa 8

Remplacer le mot :

parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

Mme Laurence Cohen. – Le mot autisme n'apparaît nulle part dans l'article. L'enveloppe financière prévue n'est que de 340 millions d'euros pour cinq ans. C'est peu. Enfin, il serait pertinent de supprimer l'expression de « bonnes pratiques » dans la mesure où il va sans dire que tout professionnel de santé doit les appliquer.

Enfin, j'en profite pour tirer la sonnette d'alarme sur l'assèchement du nombre d'orthophonistes. Les quotas, on ne parle pas de *numerus clausus* pour les orthophonistes, sont très serrés : il faudrait les desserrer.

M. le président. – Amendement n°84, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 7

1° Première phrase

Remplacer les mots :

peuvent conclure

par le mot :

concluent

2° Dernière phrase

Remplacer le mot :

prévoit

par les mots :

peut prévoir

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Cet amendement rend obligatoire la conclusion d'un contrat entre les professionnels de santé libéraux et la structure chargée de la coordination du parcours de bilan de l'enfant atteint d'un trouble du neuro-développement.

En outre, l'amendement soulève le cas où l'ergothérapeute ou le psychomotricien est déjà financé par le forfait global versé au CAMSP ou au CMPP, et ne nécessite donc pas par ailleurs de prise en charge de ses prestations par l'assurance maladie.

Les amendements n°190 rectifié, 369 rectifié *quater*, 588 rectifié et 13 rectifié *bis* reposent sur une confusion entre parcours de soins enclenchés dès le repérage et le parcours de soins classique. Il ne faut pas confondre le parcours de soins enclenché après le repérage qui est visé par l'article et le parcours plus global de la personne qui commence dès le repérage. L'absence du repérage à cet article se justifie en raison de la nature particulière du mécanisme introduit par cet article. Le repérage ne souffre pas tant d'un défaut de prise en charge financière puisqu'il est majoritairement effectué par les professionnels médicaux ou sociaux de la petite enfance mais d'un défaut de formation adaptée au dépistage précoce. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le repérage n'est, en effet, pas un sujet financier. La gradation des soins en trois niveaux relève des bonnes pratiques, d'autant que le troisième niveau diffère selon qu'il s'agit d'enfants DYS ou atteints de troubles du spectre de l'autisme. Il ne serait pas pertinent de la figer dans la loi.

Le dispositif est ouvert à la totalité des professionnels libéraux, que ce soient des

professionnels de santé, des psychologues, qu'ils appartiennent à une profession de santé libérale conventionnée avec l'assurance maladie ou non, comme c'est le cas des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. L'enjeu est de garantir une prise en charge globale et cohérente pour mettre fin à l'accumulation d'actes isolés. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Roger Karoutchi. – Pour parler comme M. Amiel (*Sourires*), dans la mesure où tout le monde présente des arguments convaincants, je retire cet amendement.

L'amendement n°190 rectifié est retiré, ainsi que les amendements n°369 rectifié quater, 588 rectifié et 13 rectifié bis.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – La commission est réservée sur le nouveau partage des tâches prévu par l'amendement n°402 rectifié. La commission voulait demander l'avis du Gouvernement.

M. le président. – Il est défavorable.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Même avis.

L'amendement n°402 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°535.

L'amendement n°84 est adopté.

M. le président. – Amendement n°34 rectifié, présenté par Mmes Micouleau, Deseyne, Bonfanti-Dossat, Bories et Bruguière, MM. Chatillon et Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Deromedi, Duranton et Garriaud-Maylam, M. Grand, Mme Gruny, M. Houpert, Mme Imbert, MM. Karoutchi, D. Laurent, Lefèvre et Mandelli, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset, Mouiller, Segouin et Sol.

Alinéa 8

Remplacer le mot :

médicale

par les mots :

d'un médecin ou d'un psychologue des structures désignées

Mme Laure Darcos. – Les psychologues des structures désignées sont des professionnels reconnus, formés et compétents dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge coordonnée des troubles du neuro-développement. Leur expérience dans ce domaine est quotidienne. Il apparaît donc cohérent qu'en plus des médecins, ils soient habilités à déclencher et coordonner les parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

Le guide de la HAS sur la coordination entre le médecin généraliste et les acteurs du soin en santé mentale encourage la mise en place de parcours dont la coordination pourrait être confiée à d'autres professionnels que les seuls médecins. Ces dispositifs innovants méritent d'être soutenus car ils facilitent

l'accès aux bilans et interventions précoces pour les enfants avec trouble du neuro-développement.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Avis défavorable. Je suis aussi navré que pour notre collègue Karoutchi, puisqu'il a cosigné... (*Sourires*) Les troubles du neuro-développement étant des maladies, le déclenchement d'un parcours de soins ne peut venir que d'un médecin.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même si les psychologues sont très utiles, il faut laisser le médecin au centre. Avis défavorable.

L'amendement n°34 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°30 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguère, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, 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, Raison, Rapin, D. Laurent, Nougéin, Chasseing et Vaspert, Mme Estrosi Sassone, M. Pointereau, Mmes Deseyne et Lassarade, M. Piednoir, Mme Guidez, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Gilles et Decool, Mme A.M. Bertrand, MM. Kennel, L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli et Laménie, Mmes Bories et Morin-Desailly, MM. J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le 2° de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le périmètre des dépenses, notamment médicales et paramédicales, couvertes par la tarification. »

M. Philippe Mouiller. – L'attribution aux structures médico-sociales d'une dotation financière limitative, assortie d'une réglementation permettant une interprétation large des missions de l'établissement ou du service, n'encourage *a priori* pas les structures à assurer une couverture de soins plus étendue que les actes les plus nécessaires, et les incite à renvoyer la personne handicapée vers leur caisse d'affiliation pour le remboursement de tout soin complémentaire.

Avec l'amorce du virage inclusif, il est urgent que la réglementation en vigueur détermine clairement la part de ce qui doit être couvert par l'établissement au titre de sa dotation, et ce qui doit être remboursé par la CPAM au titre des prestations libérales extérieures.

Les CPAM ont parfois des positions différentes selon les départements...

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Philippe Mouiller a bien identifié une carence réglementaire à l'origine de nombreux contentieux. Cette situation doit évoluer pour éviter les écarts territoriaux. Avis très favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous partageons tous cet objectif ; le ministère a donc entamé des travaux pour faire évoluer la réglementation - suite à une décision du comité interministériel du 25 octobre dernier. Il n'est donc pas nécessaire de modifier la loi. Retrait de cet amendement satisfait ?

M. Philippe Mouiller. – Je le maintiens, parce qu'il vous apporte un soutien dans la négociation, madame la ministre.

M. Bernard Jomier. – J'y suis plus que favorable. La Cour de cassation elle-même considère qu'elle ne peut pas trancher, c'est donc au législateur d'agir - et cela vous soutiendra effectivement.

L'amendement n°30 rectifié bis est adopté.

L'article 40, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°141 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme L. Darcos, M. Morisset, Mmes Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Vaspert, Bouloux, Grosdidier, B. Fournier et Milon, Mme Bruguère, M. Pellevat, Mme Morhet-Richaud, M. Calvet, Mmes Billon et A.M. Bertrand, MM. Kern, Hugonet et Bascher, Mme Gruny, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Decool, Canevet, Gilles et Chasseing, Mme Guidez, MM. Lefèvre et Cambon, Mmes Garriaud-Maylam, Thomas et Chain-Larché, MM. Mayet, de Nicolaÿ, Brisson, Wattebled et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Husson, Mme Bories, M. Priou, Mme Boulay-Espéronnier, MM. Genest et Darnaud, Mme Duranton, MM. Gremillet et Sido et Mme Berthet.

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et par dérogation aux IV, V et VI de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique peuvent, par convention signée entre elles, organiser, au profit de l'une d'entre elles et pour une durée déterminée par décret, la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services.

La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en ne retenant qu'une seule des formes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 du même code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire. L'article L. 313-12-2 s'applique aux établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1, dans le cas où l'autorité délégataire désignée est le directeur général de l'agence régionale de santé.

M. Philippe Mouiller. – Par cet amendement technique nous proposons, à titre expérimental et pour une durée déterminée, la possibilité d'un conventionnement entre les autorités tarifaires des structures cofinancées, pour qu'elles délèguent à l'une d'entre elles la compétence tarifaire, par exemple dans la démarche des territoires inclusifs. Nous précisons aussi que le cadre budgétaire et financier de la structure continuera d'être celui de droit commun.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – On demande une souplesse dans la tarification dans les établissements. Avis très défavorable, car la rigidité est une des principales raisons de l'inadéquation de l'offre à la demande de soins.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le cadre réglementaire existe déjà. Cet amendement est donc superfétatoire. Sagesse, puisque nous partageons le même objectif.

L'amendement n°141 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°398 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Est étudiée la prise en charge par la sécurité sociale du diagnostic et de l'accompagnement des enfants souffrants de troubles neuro comportementaux ou neuro cognitifs, et pour lesquels les structures spécialisées n'ont pu apporter de réponse dans un délai inférieur à trois mois.

Mme Michelle Meunier. – Après l'amélioration de la prise en charge des troubles du neuro développement, nous proposons d'ajouter celle des troubles neuro cognitifs.

Établir le diagnostic d'un enfant touché par un handicap psychique nécessite la consultation de plusieurs spécialistes. Les délais d'attente sont très longs, les CMPP et les ESAD étant en nombre insuffisant. Les enfants et les parents sont épuisés. Le diagnostic tardif a des conséquences lourdes en matière de santé mais aussi de coût pour la société - pour la sécurité sociale comme pour l'éducation nationale.

La sécurité sociale devrait *a minima* étudier d'autres voies de financement.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Cet amendement vise les troubles neuro-cognitifs, qui ne sont pas répertoriés par la CIM. Restons-en aux troubles du neuro-développement. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Effectivement, cet amendement crée de la confusion. Vous ciblez des enfants souffrant de handicaps psychiques - mais si leur handicap est reconnu, ils sont pris en charge. Mieux vaut en rester aux troubles du neuro-développement. Retrait sinon avis défavorable.

Mme Michelle Meunier. – Je le maintiens, son auteur M. Tourenne étant absent.

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

M. le président. – Amendement n°399 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Est étudiée par la sécurité sociale, la prise en charge à 100% des troubles associés des personnes souffrants de troubles psychiques.

Mme Michelle Meunier. – L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est assuré à hauteur de 100 % dès lors que le handicap a été reconnu. Mais les troubles psychiques s'accompagnent souvent de pathologies associées telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, sans parler des difficultés du quotidien. Pourtant, les soins requis pour traiter ces maladies associées ne sont pas pris en charge comme ALD et ne sont remboursés qu'à hauteur de 70 %. Pourquoi une telle différence dans la prise en charge ?

M. Bernard Bonne, rapporteur. – La rédaction est peu adéquate et ne concerne pas les troubles du neuro-développement. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je ne comprends pas votre amendement. Le remboursement est de 70 % lorsque la pathologie n'est pas une ALD. Dans le cas contraire, il est de 100 %, ce qui est de droit.

Certaines maladies sont peut-être sous-déclarées par les personnes souffrant d'un handicap psychique, mais c'est une autre question. Retrait ?

Mme Michelle Meunier. – Je le maintiens. Vous le savez, le remboursement n'est pas de 100 % pour les autres pathologies...

M. Bernard Bonne, rapporteur. – C'est normal !

L'amendement n°399 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 41

M. Bernard Bonne, rapporteur. – En discussion générale, je regrettais que le président de la République, le 13 juin, avait appelé à médicaliser les Ehpad. Vous m'avez répondu que je faisais un procès d'intention. Les mots du président de la République ont pourtant été prononcés : il a appelé à « la transformation des établissements en établissements plus médicalisés qu'ils ne le sont aujourd'hui ».

Les mots, même hâtifs, laissent des traces, et je préfère de très loin ceux que vous m'avez répondu lundi dernier en affirmant que le Gouvernement entendait sortir l'accompagnement du grand âge d'un carcan médical rarement adapté.

Je le dis d'autant plus aisément, madame la ministre, qu'étant moi-même médecin, je sais autant

mesurer la valeur d'un acte médical que ses propres limites.

Cherchons à faire sortir la vieillesse du carcan médical, et c'est un médecin qui le dit. Dépendre n'est pas toujours souffrir, et accompagner ne rime pas toujours avec soigner. (*Applaudissements sur de nombreux bancs*)

M. le président. – Amendement n°536, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Il est instauré un moratoire sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter de la promulgation de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2019. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La tarification dans les Ehpad pose de nombreux problèmes dans les établissements et entre les établissements. D'un département à l'autre, les tarifs et conditions de prise en charge varient tandis que la clôture des budgets devient un vrai casse-tête pour les établissements. Ce sont les salariés qui en paient le prix et qui sont sortis dans la rue pour la première fois ce printemps.

Face à la grogne des personnels et des familles, vous avez, madame la ministre, annoncé une neutralisation de la réforme et des concours financiers importants. La lumière n'est toujours pas faite sur les effets de la réforme de la tarification. Malgré la création de postes d'infirmiers de nuit et la hausse du forfait soins, le compte n'y est pas et c'est toujours de l'austérité.

Ce ravalement de façade auquel vous avez procédé est insuffisant. Il faut remettre l'ouvrage sur le métier. Une autre réforme est possible, plus ambitieuse et plus juste.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Avis défavorable. Si j'ai, l'an passé, critiqué cette réforme de la tarification, je tiens compte du fait que vous avez consacré 116 millions d'euros en 2018 aux Ehpad. Une concertation est en cours. Certes, la tarification de la dépendance n'est pas la même dans tous les départements, mais c'est aussi parce que la médicalisation de la dépendance varie beaucoup.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. La réforme a été pensée avant que je n'arrive. Nous avons identifié les impacts négatifs. Il y a trois sources de financements différents : PLFSS, départements et résidents. Le moratoire nous ferait revenir au financement global, dont on sait tous les défauts. Outre des mesures d'urgence, je me suis engagée à entreprendre une réforme d'ampleur et ne sais pas à quoi la concertation aboutira. Avis défavorable à ce moratoire.

M. René-Paul Savary. – Pour arriver à un tarif moyen pondéré identique selon les départements, la solution est simple : donner à ces derniers les moyens de prendre leurs responsabilités ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

L'amendement n°536 n'est pas adopté.

La séance est suspendue à 13 heures.

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 30.

M. le président. – Amendement n°85, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du V de l'article L. 313-12 est complétée par les mots : « , qu'il peut lui-même réaliser en cette qualité » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 314-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. »

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Cet amendement attribue un pouvoir général de prescription médicamenteuse aux médecins coordonnateurs des Ehpad. Actuellement, les Ehpad doivent nécessairement faire intervenir les médecins traitants de chaque résident. Le médecin d'établissement est l'acteur médical ayant la plus grande proximité de fait avec la personne accueillie.

L'amendement n'entend pas revenir sur la collaboration avec le médecin traitant, mais il est important que le médecin coordonnateur garde une proximité avec tous les intervenants en Ehpad et facilite la relation avec les soignants, parfois désorientés par la multiplicité des médecins traitants.

M. le président. – Amendement identique n°596 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Mme Véronique Guillotin. – Je souscris à l'utilité de renforcer le médecin coordonnateur. Des médecins traitants ne peuvent plus se déplacer en Ehpad, or il faut des prescriptions.

Même chose pour le médecin coordonnateur d'hospitalisation à domicile (HAD), que j'ai été : il lui est interdit de prescrire. Or quand le patient demande

une thérapeutique particulière - je pense aux morphiniques dans le cadre de soins palliatifs - le médecin traitant se tourne souvent vers le médecin coordonnateur. Sécurisons les choses.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je suis embarrassée. Cette proposition masque une grande hétérogénéité de situations sur le territoire. Les médecins coordonnateurs s'interrogent eux-mêmes. Nous travaillons avec eux sur leurs missions, pour renforcer l'attractivité de leur fonction dans un cadre négocié. Inscrire cette proposition dans la loi va déstabiliser des Ehpad qui fonctionnent bien, voire créer des conflits.

Il faut travailler avec les acteurs sur le terrain en tenant compte de toutes les implications avant de modifier la loi. Cela fera partie de la feuille de route Grand âge. Retrait ou avis défavorable.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Mon amendement précise que le rôle du médecin traitant n'est modifié en rien. Je parle par expérience, comme médecin et comme président de conseil départemental. Il arrive que des médecins cumulent les fonctions de médecin coordonnateur et de médecin traitant. Dans certains établissements, il peut y avoir une vingtaine de médecins traitants. Imaginez les difficultés d'organisation ! Il est difficile de savoir qui fait quoi. Il ne s'agit pas d'obliger les médecins coordonnateurs à prescrire, mais de leur donner cette possibilité *via* le directeur de l'Ehpad, le conseil départemental ou l'ARS.

M. Michel Amiel. – Cet amendement ouvre une possibilité, non une obligation. Vu la situation démographique actuelle, je ne crois pas que cet amendement retire quoi que ce soit au médecin traitant. En attendant une réforme ambitieuse de la dépendance, offrir au médecin coordonnateur cette possibilité de prescrire est une bonne chose.

Mme Laurence Rossignol. – Ce sujet est abordé depuis plusieurs années. On en connaît les termes. Le moindre ennui, c'est d'offrir cette possibilité, plutôt que de l'interdire. Je connais l'hostilité maintes fois réitérée de l'Ordre des médecins, mais son combat est archaïque. Le libre choix pour les résidents d'Ehpad est une fiction : on leur propose un médecin traitant de la commune où se trouve l'Ehpad...

La prescription par les médecins coordonnateurs favorisera le maintien dans l'Ehpad et la fluidité. Cet amendement fait le choix de la souplesse et de la flexibilité.

Les amendements identiques n^{os} 85 et 596 rectifié sont adoptés.

L'article 41, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°42 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 Micouneau, MM. Cuypers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin, Raison, Decool et Gilles, Mme Deroche, M. Karoutchi, Mmes Guidez et Lassarade, M. Saury, Mme Deseyne, MM. Nougéin, D. Laurent et Rapin, Mme A.M. Bertrand, MM. 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'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « et 7° » est remplacée par les références : « , 7° et 9° ».

M. Philippe Mouiller. – Cet amendement étend l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS aux structures de la prévention et des soins en addictologie, aux lits halte soins santé (LHSS) et aux lits d'accueil médicalisés (LAM).

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Les structures visées figurent toutes à l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elles concernent les personnes très démunies, et font déjà l'objet d'un financement annuel. Sur ce point technique, quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il est compliqué pour les ARS de contractualiser avec ces structures.

En faire une obligation alourdirait le travail des ARS. Cela doit rester optionnel. Avis défavorable.

L'amendement n°42 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°41 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 Micouneau, MM. Cuypers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin et Raison, Mme A.M. Bertrand, MM. Rapin, D. Laurent, Nougéin et Chasseing, Mme Imbert, MM. Pointereau et Saury, Mmes Lassarade et Guidez, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Gilles et Decool, Mme Guillotin, MM. L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli, Laménie, Dériot, J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7° et 9° et 12° du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces établissements et services ne relèvent pas du IV ter de l'article L. 313-12 et de l'article L. 313-12-2, le remplacement des documents mentionnés à l'alinéa précédent est subordonné à l'accord de la personne morale gestionnaire de ces établissements et services. »

M. Philippe Mouiller. – L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a prévu la généralisation progressive des CPOM dans les Ehpad et celle, immédiate, du passage à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), déconnectant ainsi CPOM et EPRD, pour une plus grande souplesse de gestion. Les établissements publics ont un EPRD unique dès lors qu'un établissement social et médico-social est sous CPOM.

L'EPRD est gage de transparence et de souplesse de gestion accrue. Cet article l'étend, pour les gestionnaires qui le souhaitent, à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Il s'agit d'homogénéiser les règles de présentation budgétaire.

M. le président. – Amendement n°539, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces établissements et services ne relèvent pas du IV ter de l'article L. 313-12 et de l'article L. 313-12-2, le remplacement des documents mentionnés à l'alinéa précédent est subordonné à l'accord de la personne morale gestionnaire de ces établissements et services. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La loi de 2015 a déconnecté CPOM et EPRD, pour assouplir les procédures comptables et renforcer le dialogue entre gestionnaires et autorités de contrôle et de tarification.

Cet amendement étend l'EPRD, pour les gestionnaires qui le souhaitent, à l'ensemble des ESMS dans un souci de simplification et d'égalité de traitement entre établissements.

Il s'agit aussi d'homogénéiser les règles de présentation budgétaire, notamment pour les organismes gestionnaires gérant plusieurs autorisations.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – La commission est plutôt favorable à la première mesure, qui va dans le sens d'une liberté gestionnaire accrue. Elle est en revanche beaucoup plus réservée sur la seconde : la diffusion de l'EPRD et d'une logique budgétaire fondée sur un pilotage par l'activité est la contrepartie indispensable à la liberté gestionnaire. Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le cadre budgétaire que vous proposez ne peut s'appliquer qu'aux établissements tarifés à la ressource - ce dont nous parlons concerne 32 000 établissements. L'EPRD n'a pas de sens au plan budgétaire pour tous les établissements qui ne le sont pas. Avis défavorable.

M. Philippe Mouiller. – L'EPRD est une souplesse pour les établissements soumis à tarification. Toutefois, cet amendement est sans doute prématuré. Je le retire.

L'amendement n°41 rectifié bis est retiré.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°539.

L'amendement n°539 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°424 rectifié, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;

2° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les I et II du présent article ne s'appliquent pas aux établissements mentionnés aux I et au II de l'article L. 313-12 et aux établissements mentionnés à l'article L. 313-12-2. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Depuis la loi ASV, les établissements publics sont dans l'obligation de transmettre un budget primitif au 31 octobre. C'est une démarche administrative superfétatoire.

Afin d'éviter la contrainte d'une double présentation budgétaire, un alignement avec le privé s'impose pour une meilleure compréhension et une plus grande homogénéité sur l'ensemble du territoire.

M. le président. – Amendement identique n°537, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement simplifie la présentation comptable pour les établissements publics. Un budget unique est plus lisible, les projections plus fines. Associées à une réforme tarifaire dont les acteurs ne veulent pas, ces exigences comptables constituent une véritable usine à gaz !

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Avis défavorable. Ces amendements décorrèlent le budget du cadre pluriannuel de la contractualisation. Cela ne va pas dans le sens de la liberté de gestion ou de l'efficacité.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Tous les établissements publics ne sont pas contraints d'utiliser les deux types de présentation comptable : s'ils ont signé un CPOM, seul l'EPRD doit être présenté au 31 octobre.

De plus, l'EPRD prévisionnel doit être présenté au conseil d'administration avant le 31 octobre de l'année n-1. Cela me semble indispensable. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 424 rectifié et 537 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°169 rectifié *ter*, présenté par Mmes Dindar et Malet, MM. Marseille, Janssens, Lafon, Longeot, Delcros et Moga, Mme Loisier et MM. Détraigne et Kern.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - L'article L. 1271-1 du code du travail est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa, les mots : « tout ou partie du » sont remplacés par le mot : « le » ;

2° Au 9° du B, le mot : « à » est remplacé par les références : « aux 1° à 4° de ».

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 Viviane Malet. – Cet amendement étend la possibilité de payer l'indemnité de frais d'entretien (IRFE) en chèque emploi service universel (CESU). On ne peut actuellement payer en CESU que la rémunération journalière et l'indemnité de sujétions particulières, ce qui suppose d'établir une double fiche de paie.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – La rémunération des accueillants familiaux peut prendre des formes concurrentes. Le CESU est l'instrument tout désigné pour la rémunération, mais n'est pas opérationnel pour les frais professionnels.

Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le code permet déjà de payer en CESU. Les indemnités figurent sur le relevé de contrepartie financière, qui est l'équivalent du bulletin de paie unique. Cet amendement est donc satisfait. Retrait.

Mme Nassimah Dindar. – Nous proposons une simplification, afin d'éviter aux services départementaux d'avoir à établir deux fiches de paie : celle qui contient l'indemnité journalière des aidants et celle qui contient l'indemnité d'entretien et de sujétions. Le recours au CESU facilitera leur tâche.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je comprends mieux votre intention, mais la rédaction de l'amendement est peu claire. Travaillons-y dans le cadre de la concertation grand âge.

M. René-Paul Savary. – Très bien.

*L'amendement n°169 rectifié *ter* est retiré.*

M. le président. – Amendement n°420 rectifié, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa du VII de l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, lorsque la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2 du même code, et le montant mentionné au 1° est négative, la fraction mentionnée au 2° est fixée à un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Afin de ramener les Ehpad au niveau des tarifs plafonds soins, le PLFSS réduit le délai de convergence tarifaire de sept à cinq ans.

Cet amendement maintient le délai initial pour les établissements en convergence négative, dont les tarifs soins sont au-dessus des tarifs plafonds, pour ne pas les pénaliser davantage.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Conserver le rythme annuel pose problème. L'amendement implique qu'un établissement pourrait être perdant dans la réforme tarifaire en cas de réduction du forfait soins, ce qui ignore les efforts, financés par le Gouvernement, visant à neutraliser l'impact de la réforme.

Il présente en outre un risque manifeste d'inconstitutionnalité en introduisant une inégalité devant les charges publiques entre établissements. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons déjà neutralisé la convergence tarifaire pour les deux années à venir. Nous travaillons avec les fédérations

dans la perspective du projet de loi Grand âge. Retrait ou avis défavorable.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Je le retire, mais nous serons vigilants.

L'amendement n°420 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°372 rectifié *bis*, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Espagnac, MM. Iacovelli, Duran et Féraud, Mme Ghali, M. P. Joly et Mme Préville.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évolution du périmètre des aides techniques prises en compte au titre de la prestation de compensation de handicap.

Mme Victoire Jasmin. – Certaines personnes ayant de réels besoins n'entrent pas dans le périmètre défini par l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH) et ne sont donc pas éligibles au remboursement de leur matériel technique au titre de la PCH. C'est par exemple le cas des prothèses auditives ostéo-intégrées. Nous demandons un rapport sur ce sujet.

M. Bernard Bonne, rapporteur. – Le très récent rapport de Philippe Mouiller traite de ce sujet. Retrait, sinon défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Demande de retrait pour cet amendement qui sera en partie satisfait par l'un des chantiers de la grande conférence nationale du handicap. Le sujet a été évoqué lors du conseil interministériel du handicap ; le Gouvernement en restituera la teneur au Parlement.

Mme Victoire Jasmin. – Je le retire. Toutefois, le périmètre n'est pas clairement défini, il faudra le modifier.

L'amendement n°372 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°234 rectifié *quater*, présenté par MM. Decool et Daudigny, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Chasseing, Guerriau, A. Marc, Fouché, Capus et Daubresse, Mmes Vullien et Guillotin, MM. Bonnecarrère, Pellevat et Courtial, Mme Noël, MM. Détraigne, Karoutchi et Kern, Mme Lopez, MM. Lefèvre et Rapin, Mmes Thomas, Garriaud-Maylam et Keller, MM. Babary, Laménie et Priou, Mme Billon, MM. Danesi, del Picchia, Duplomb, Adnot, Buffet et Tourenne, Mmes Micouleau, de la Provôté et Lherbier, M. Poniatowski, Mme Berthet et MM. Gremillet et Gabouty.

Avant l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I - Le II de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° La soutenabilité des capacités de production de l'entreprise exploitant le médicament et leur adéquation à la demande projetée de la spécialité concernée ;

« ...° La place de la spécialité dans l'arsenal thérapeutique disponible sur le territoire français pour le traitement des indications visées. »

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. Yves Daudigny. – Cet amendement est issu des travaux de la mission d'information du Sénat sur la pénurie de vaccins et de médicaments, qui avaient mis en évidence la complexité de la chaîne du médicament et le manque de confiance entre les acteurs. Il vise à soutenir les efforts des fabricants produisant en France, avec des critères de fixation de prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS) tenant compte des efforts du producteur pour répondre aux variations de la demande. Pour certains médicaments dont la cible est restreinte, il n'y a qu'une campagne de production par an, leur prix étant trop bas.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La commission s'interroge sur la définition juridique de certains termes employés, comme celui d'« adéquation ». Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Défavorable, même si je comprends la problématique. Vous souhaitez utiliser le prix comme moyen de pression pour favoriser la production sur le territoire. Outre que le prix est rarement à l'origine des ruptures d'approvisionnement, cela créerait une rupture d'égalité entre médicaments équivalents. Notre philosophie, c'est un prix équivalent pour une efficacité équivalente. Un tel amendement bouleverserait notre façon d'évaluer les médicaments.

Je suis d'accord pour travailler sur la base du rapport sénatorial, mais la localisation en France n'est pas une garantie : les difficultés d'approvisionnement tiennent surtout à l'unicité du site de production.

M. Yves Daudigny. – Aborder ce sujet au détour d'un amendement au PLFSS n'est peut-être pas la meilleure méthode, je le reconnais.

Nous souhaitons vous faire prendre conscience de la gravité de la situation, qui implique des pertes de chances pour les patients et nourrit la défiance vis-à-vis des médicaments. Enfin, l'indépendance sanitaire de la France est en cause. Le sujet mérite d'être traité avec le plus grand soin, par exemple dans le cadre d'un groupe de travail.

L'amendement n°234 rectifié quater est retiré.

ARTICLE 42

Mme Catherine Deroche, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-maladie. – Nous sommes perplexes et inquiets devant la complexité de cet article qui rassemble des sujets n'ayant aucun rapport les uns avec les autres : extension d'indication, évaluation de l'homéopathie, régulation des médicaments en association. Il en résulte une intrication illisible - par souci de ne pas afficher trop de mesures de régulation sans doute - alors que l'efficacité et la clarté du débat parlementaire auraient gagné à des articles distincts.

La compréhension des mesures est inaccessible aux profanes, et même aux grandes entreprises pharmaceutiques étrangères, alors que le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) recommandait justement de rendre la régulation plus claire et plus lisible. Nous nous réjouissons que certaines de nos propositions soient reprises.

Quant au calendrier d'application des extensions d'indication, il inquiète les professionnels. Comment garantir une mise à disposition rapide des traitements ? Comment seront choisis les établissements éligibles aux autorisations temporaires d'utilisation (ATU) ?

Mme Laurence Cohen. – Je partage les observations de Mme Deroche sur la complexité de cet article de 11 pages et 94 alinéas.

Il favorise l'industrie pharmaceutique en multipliant les dérogations. Je regrette que les associations d'usagers n'aient pas été davantage entendues par la Mecss.

Je ne suis pas favorable à la modification du régime des ATU. En 2011, leur statut avait été modifié ; après le Mediator, leur encadrement avait été salué comme une avancée majeure parce que les laboratoires les utilisaient pour contourner les autorisations de mise sur le marché (AMM). Le processus actuel est peut-être long mais garantit la sécurité sanitaire. N'ouvrons pas la porte à une dangereuse déréglementation.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. – La disposition est complexe par elle-même. Le Conseil d'État a cherché à simplifier la rédaction mais n'a *in fine* rien trouvé à redire. J'en ai été surprise moi-même...

Madame Cohen, je connais bien les associations de malades du cancer. Jamais elles n'ont demandé qu'on ralentisse la mise à disposition d'un médicament innovant ! Le processus d'ATU étendu aux nouvelles indications correspond à de nouveaux types de médicaments très innovants dont les indications sont très vastes. C'est un service aux malades qui ne menace en rien leur sécurité.

Certains médicaments excessivement innovants, qui relèvent de la thérapie génique et cellulaire, sont notamment utilisés contre le mélanome malin ; on

connaît mal leurs effets secondaires qui peuvent être cataclysmiques. Il faut qu'ils restent dans des mains expertes, qui capitaliseront sur l'expertise.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – En effet, il faut que les services qui emploient ces médicaments soient les plus experts possible.

Il faut en particulier avancer sur le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN).

Les opposants aux médicaments innovants, comme les anti-vaccins, voient partout la main des lobbies pharmaceutiques. (*Mme Laurence Cohen le conteste.*) Voyez les mails que nous avons reçus : les arguments sont très semblables.

Les équipes de Gustave-Roussy et de Curie que nous avons auditionnées ont des patients pour lesquels l'alternative est un traitement innovant ou la mort.

M. Michel Amiel. – Modeste généraliste, j'ai été éclairé par les sachants sur l'immunothérapie. C'est une révolution thérapeutique au même titre que les antibiotiques il y a quelques années. Ne tombons pas sous le joug des obscurantistes, prompts à condamner tout progrès thérapeutique.

Des malades atteints de cancers métastasés peuvent concevoir une formidable espérance grâce à ces progrès thérapeutiques qui amélioreront la survie en bonne santé. En outre, il ne fait aucun doute que les prix baisseront à terme.

M. le président. – Amendement n°630 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 2° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « du quatrième alinéa » sont remplacés par les mots : « du III » ;

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Coordination.

L'amendement n°630 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°33 rectifié *ter*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Pellevat et Frassa, Mme Deromedi, MM. Houpert, Sido, Babary, Charon, Laménie et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Bories et Berthet, MM. Poniatowski et Gremillet et Mme Renaud-Garabedian.

I. - Alinéa 17

Après la référence :

L. 162-16-5-1-1,

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pharmaceutique pour sa mise à disposition

dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II. - Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II de l'article L. 165-16-5-2, la compensation accordée à l'entreprise exploitant pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Mme Annie Delmont-Koropoulos. – En élargissant l'accès précoce aux innovations, cet article offre des chances supplémentaires aux patients. Néanmoins, la fixation du prix par arrêté ministériel freine la mise à disposition de ces traitements innovants par les industriels.

Afin d'assurer l'accès des patients à ces innovations, il est proposé que les conditions économiques d'accès au marché soient négociées dans le cadre de la politique conventionnelle. À défaut d'accord conventionnel, le ministre de la santé garde la possibilité de décider du prix. Les mécanismes de régulation existants garantissent l'encadrement des dépenses de médicament.

M. le président. – Amendement n°86 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 17, première phrase

Remplacer les mots :

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée

par les mots :

, la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier

II. – Alinéa 18

Remplacer les mots :

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation

par les mots :

Une compensation est également fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier

III. – Alinéa 19, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V

IV. – Alinéa 89

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I est fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.

V. – Alinéa 90, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions prévues au deuxième alinéa du I

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement prévoit que la négociation conventionnelle détermine la compensation applicable aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU, ainsi que le mécanisme d'accès précoce proposé pour les dispositifs médicaux, comme c'est le cas en matière de fixation des prix des produits de santé.

Le principe de la primauté conventionnelle doit continuer de régir la régulation des produits de santé. Certes, il y a un risque de dérapage financier et la mesure du Gouvernement ne jouera qu'en trésorerie. Il en va de l'efficacité de l'action publique, qui suppose la bonne implication et coopération des acteurs, et du maintien de l'attractivité de la France dans un marché pharmaceutique mondialisé.

C'était la mesure 19 du CSIS consistant à refondre l'orientation de la primauté conventionnelle.

M. le président. – Amendement n°350, présenté par M. Daudigny.

I. – Alinéa 17

1° Première phrase

Remplacer le mot :

fixent

par le mot :

proposent

2° Seconde phrase

Remplacer cette phrase par trois phrases ainsi rédigées :

Lorsque l'exploitant de cette spécialité est lié par une convention conclue avec le Comité économique des produits de santé, cette compensation fait l'objet d'un avenant à cette convention. À défaut, la compensation est fixée par décision des ministres. Dans l'un et l'autre de ces deux cas, la compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

II. – Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Une compensation est fixée dans les conditions exposées à l'alinéa précédent lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.

III. – Alinéa 19, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions exposées au premier alinéa du présent V

IV. – Alinéa 89

1° Première phrase

Remplacer le mot :

fixent

par le mot :

proposent

2° Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Lorsque l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation est liée par une convention conclue avec le Comité économique des produits de santé, cette compensation fait l'objet d'un avenant à cette convention. À défaut, la compensation est fixée par décision des ministres.

V. – Alinéa 90, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions exposées au premier alinéa du présent I

M. Yves Daudigny. – Cet article prévoit que lorsqu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une AMM pour au moins l'une de ses indications, les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à

disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée.

Cet amendement garantit que la fixation de la compensation se fait dans le respect des principes de la politique conventionnelle.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – L'amendement de la commission, le n°86 rectifié, est plus complet que l'amendement n°33 rectifié *ter* ; il est similaire à l'amendement n°350. Retrait au profit du nôtre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – On confond la fixation du prix des médicaments une fois qu'il a obtenu l'AMM après l'évaluation par la HAS, objet d'une négociation conventionnelle, et l'ATU, mécanisme d'accès précoce aux médicaments où le prix est fixé par l'industriel, qui fera par la suite l'objet d'un remboursement ou, au contraire, d'une récupération financière par l'État. En d'autres termes, le prix dans le cadre de l'ATU, c'est de la trésorerie pour les laboratoires : on fixe un prix facial initial sans attendre une négociation qui prend du temps.

Je comprends l'amendement et je vois d'où il vient. (*Sourires*) Nous voulons que ce soit l'État qui fixe le prix de la deuxième ATU, celle pour une extension d'indication ; le prix de la première ATU restera fixé par les laboratoires. Pourquoi ? Parce que nous avons observé, dans l'immunothérapie, que la politique industrielle est de développer des médicaments dans des niches thérapeutiques pour des pathologies orphelines – cela a été clairement assumé dans le cas du mélanome ; le médicament concerne un millier de patients, son service médical rendu est très élevé, le prix facial l'est donc aussi. Après extension d'indication, le médicament est moins efficace et concerne des dizaines de milliers de malades. D'où notre proposition pour protéger les finances publiques. Par conséquent, demande de retrait des trois amendements. Ai-je été claire ? (*Sourires*)

Mme Laurence Cohen. – Madame la ministre, ces amendements compliqueront votre tâche de ministre. Je vous remercie de ne pas avoir caricaturé mes propos : dans ma prise de parole, j'ai attiré l'attention sur les risques de dérive. Il ne faut pas être naïf quant aux messages que l'on peut recevoir de certains lobbies.

M. Bernard Jomier. – On en reçoit tous les jours !

Mme Laurence Cohen. – Les groupes de pression existent et les industriels ne sont pas les derniers à en avoir. Il n'y a pas, d'un côté, les sénateurs qui soutiennent l'innovation et, de l'autre, les obscurantistes.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'entends vos propos, madame la ministre. Ce que craignent les industriels est de voir disparaître à terme la négociation du prix pour la première ATU. Le Premier ministre a pris des engagements forts pour l'innovation devant le CSIS, il a créé des attentes ; quelques mois après, cet article crée des déceptions. Certes, le

Conseil d'État l'a validé, peut-être s'est-il arrêté à sa deuxième page... (*Sourires*) Je plaisante.

L'amendement n°86 rectifié est retiré.

L'amendement n°33 rectifié ter n'est pas adopté.

M. Yves Daudigny. – Je parle avec une totale liberté de cette question après l'avoir longuement décortiquée. Je m'incline comme la commission mais je veux rappeler qu'il y a plusieurs approches du médicament. Celle du patient pour qui ces nouveaux médicaments allongent la vie et guérissent des maladies autrefois mortelles. La deuxième est celle des grands laboratoires mondiaux et des biotechs qui investissent parfois à fonds perdu durant dix ans. La dernière, c'est l'approche par le prix. La France est le pays où le médicament est le moins cher, on peut craindre un rapprochement avec les prix pratiqués aux États-Unis qui serait catastrophique pour le financement de l'assurance maladie.

L'amendement n°350 est retiré.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Monsieur Daudigny, votre dernier argument va dans mon sens. Il faut protéger nos finances publiques face à un gouvernement américain qui a l'objectif clair de faire augmenter les prix en Europe pour les faire baisser aux États-Unis. D'où l'intérêt de ne pas engager de négociations de prix autour de l'ATU, qui durent six mois à un an, pour un accès le plus rapide possible au traitement.

M. le président. – Amendement n°205 rectifié *bis*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Pellevat et Frassa, Mme Deromedi, MM. B. Fournier, Sido et Charon, Mme Renaud-Garabedian, MM. Buffet, Laménie et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Lassarade, Bories et Berthet, MM. Poniatowski et Gremillet et Mme Noël.

Alinéas 69 et 70

Rédiger ainsi ces alinéas :

« Art. L. 162-17-2-2. – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique sont définies par décret en Conseil d'État, à partir de 2021 et après concertation avec les professionnels de santé concernés en vue de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques.

« Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – L'homéopathie, à laquelle un Français sur deux a déjà eu recours, a toute sa place dans la stratégie thérapeutique. Son usage ne se limite pas aux

maladies bénignes, elle sert à soigner l'anxiété, les troubles du sommeil et de soin de support en oncologie. Les patients pris en charge par un médecin homéopathe ont une consommation deux fois moindre d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et trois fois moindre de psychotropes ; c'est également une alternative efficace et très utilisée à la prescription d'antibiotiques notamment en pédiatrie.

Le but de cet amendement est de laisser du temps à la concertation pour empêcher un déremboursement précipité et mal évalué des médicaments homéopathiques.

Un arrêt arbitraire du remboursement de l'homéopathie serait une injure faite aux professionnels qui n'auront pas eu l'occasion de se défendre, une injure faite aux universités qui forment ces professionnels, une injure faite aux patients qui utilisent cette médecine et en tirent des bénéfices.

M. le président. – Amendement n°186 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Micouleau, MM. Morisset et Vial, Mmes Gruny et Puissat, MM. Vaspart, D. Laurent, Bouchet et Cardoux, 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, Husson et Laménie, Mmes Lherbier, Delmont-Koropoulis, Morhet-Richaud et Berthet, MM. Poniatowski et Dériot et Mme Lamure.

Alinéa 69

Compléter cet alinéa par la phrase :

La définition du décret s'appuie sur la concertation avec les professionnels de santé concernés, en vue de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques.

Mme Corinne Imbert. – L'inscription des préparations homéopathiques à la pharmacopée française date de 1965. Elles représentent une faible part des dépenses de l'assurance-maladie. Toute décision concernant sa prise en charge doit être prise dans la concertation, et non dans la précipitation.

M. le président. – Amendement n°237 rectifié, présenté par Mmes Berthet, Imbert, Deseyne, Malet et Lamure, MM. Buffet, Sido, Bonhomme, Brisson et de Nicolaÿ, Mmes Delmont-Koropoulis et Deromedi, MM. Revet et Paccaud, Mmes Micouleau, Raimond-Pavero et Gruny, MM. Ginesta et Genest, Mme Noël, MM. Chaize et Magras, Mme Lavarde et M. Laménie.

Alinéa 70

Après le mot :

lesquelles

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

la prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments homéopathiques ou tout ou partie d'entre eux, peut, le cas échéant, être admise, modifiée ou refusée. » ;

Mme Corinne Imbert. – Je défends cet amendement au nom de Mme Berthet. Le remboursement des médicaments homéopathiques ne représente que 0,29 % des remboursements de médicaments par l'assurance-maladie et 0,06 % de ses dépenses totales. Le déremboursement pourrait avoir un effet pervers : les patients se retournant vers les médicaments pris en charge par l'assurance-maladie, qui sont plus coûteux.

Les médicaments homéopathiques sont, en effet, une alternative thérapeutique efficace aux soins classiques, encadrée par des professionnels de santé. Certains services hospitaliers prescrivent des médicaments homéopathiques à des patients exposés au risque iatrogène pour les grossesses, accouchements, allaitements ou soins de support en oncologie.

L'amendement n°231 rectifié quater n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°400 rectifié, présenté par M. Tourenne et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 70

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Ce décret est pris après concertation avec les professionnels de santé concernés, afin de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques. Il est, à ce titre, publié en 2021 afin de laisser le temps à cette concertation de s'organiser et de porter ses fruits.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – La méthodologie actuelle ne permettant pas d'évaluer correctement les produits homéopathiques, le Gouvernement propose de définir la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments par décret.

L'homéopathie qui repose sur l'individualisation est difficile à évaluer mais ses effets sont réels - diminution de la consommation d'antibiotiques et de psychotropes. Un quart des médecins généralistes et 78 % des sages-femmes la prescrivent, elle est vendue dans 100 % des pharmacies.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Je suis favorable à l'inscription d'une concertation dans la loi mais ne repoussons pas la réforme à 2021. De deux choses l'une : soit le médicament homéopathique rend un service médical et il doit être remboursé ; soit il ne le fait pas et il ne doit pas être remboursé.

Avis favorable à l'amendement n°186 rectifié bis, retrait de l'amendement n°400 rectifié à son profit. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n°237 rectifié ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait, sinon rejet. Un report ne se justifie pas quand tout cela a été annoncé et préparé depuis longtemps. La commission de la transparence de la HAS produira une méthode d'évaluation qui ne doit pas trop différer de celle appliquée aux autres médicaments, elle sera transparente comme l'indique le nom de la

commission qui publie chaque année sa doctrine. Le critère doit rester celui du service médical rendu, c'est le principe de base pour un remboursement par l'assurance-maladie.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Je retire l'amendement n°205 rectifié bis au profit de l'amendement n°186 rectifié bis. Mon but était de laisser le temps d'organiser la consultation, on ne peut pas rayer d'un trait de plume une pratique reconnue.

L'amendement n°205 rectifié bis est retiré.

Mme Corinne Imbert. – Je retire l'amendement n°186 rectifié bis en soulignant que l'article 42 figure dans le chapitre intitulé : « Améliorer l'accès aux produits de santé... » (*Sourires*)

Je maintiens l'amendement n°237 rectifié au nom de Mme Berthet. On ne peut pas entrer dans une logique du tout ou rien où la HAS n'aurait pour choix que de rembourser ou d'exclure l'homéopathie.

L'amendement n°186 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°237 rectifié n'est pas adopté.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Je maintiens l'amendement n°400 rectifié. L'efficacité de l'homéopathie est reconnue depuis longtemps et ne présente aucun danger. Son coût, très modique, est source d'économies pour la sécurité sociale.

L'amendement n°400 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°619, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 90, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase de cet alinéa :

Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans l'indication considérée.

L'amendement rédactionnel n°619, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°88, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 92

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 6° du II de l'article L. 165-2 est complété par les mots : « , lorsque leur évolution ne correspond pas à celle des besoins en santé » ;

Amendement n°87, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 92

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un intervalle d'au moins trois années doit être respecté entre deux applications successives du critère mentionné au 3° pour un même produit ou une même prestation. » ;

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement et le suivant attirent l'attention du Gouvernement sur la régulation des dispositifs médicaux, calquée sur celle des médicaments, alors que les logiques de ces deux secteurs diffèrent. Ce secteur économique en cours de structuration repose sur un réseau de petites entreprises qui produisent le plus souvent en petite série, avec un gain marginal. Aucun accord-cadre n'a été passé avec lui, ce qui est regrettable.

Dans l'attente d'une remise à plat, il convient de moduler les critères ; le prix d'achat doit être apprécié sur trois ans pour éviter les spirales de prix à la baisse. C'est l'objet de l'amendement n°87.

L'amendement n°88 a pour objet d'éviter une logique strictement comptable et de faire que les critères des volumes de vente soient appréciés en fonction de l'adéquation des produits aux besoins de santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. La régulation a pour but, non pas de rationner les soins, mais de tenir compte des gains d'efficacité obtenus par les industriels lorsque les volumes augmentent. Ce poste des dépenses augmente de 5 % par an, soit deux fois plus que l'Ondam. Cet outil de régulation est un moyen de pression sur les industriels.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Les dispositifs médicaux n'appellent pas la même régulation que le médicament.

*L'amendement n°88 est adopté,
de même que l'amendement n°87.*

L'article 42, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°540, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais

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

Mme Laurence Cohen. – Dans son rapport sur la fixation des prix des médicaments de 2017, la Cour des comptes a critiqué la mise à contribution de l'assurance-maladie au financement de la politique industrielle des médicaments alors que les entreprises bénéficient déjà d'une aide avec le crédit d'impôt recherche de 6,27 milliards d'euros. Il doit en être tenu compte dans le prix du médicament.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable : certains des critères que vous proposez relèvent des stratégies d'industrie, cela pose un problème de confidentialité.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement part d'un bon sentiment mais il est quasiment impossible d'identifier avec précision quelle équipe sur toutes les équipes internationales qui y ont travaillé, financée par tel ou tel, est responsable de la découverte d'un médicament. À l'heure où nous voulons valoriser la recherche, le risque, avec votre amendement, est de décourager l'achat de nos brevets. On ne peut pas utiliser le critère du prix pour modifier des politiques publiques. Avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Notre amendement est certes mal ficelé, il a le mérite de rouvrir un débat sur ce qui est, à notre sens, la seule solution : la création d'un pôle public du médicament.

L'amendement n°540 est retiré.

M. le président. – Amendement n°542, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le II, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Le prix de vente est révisé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé :

« 1° Au plus tard au bout de cinq ans pour les médicaments ayant demandé et obtenu une amélioration du service médical rendu de niveau I à III et recueilli un avis médico-économique de la commission évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé ; pour les médicaments auxquels a été reconnue une amélioration du service médical rendu par rapport à des médicaments ayant obtenu récemment une

amélioration du service médical rendu de niveau I à III et pour lesquels un avis médico-économique de la commission évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé est disponible et s'il ressort de l'avis de la commission de la transparence que cette évaluation est plus favorable que celle qui leur aurait valu un partage d'amélioration du service médical rendu par rapport à ces comparateurs ; pour les médicaments antibiotiques à base d'une nouvelle substance active ayant obtenu une amélioration du service médical rendu IV ;

« 2° Au plus tard au bout de trois ans pour les autres ;

« 3° En cas d'extension d'indication thérapeutique ayant un effet sur le nombre de patients ou le volume des ventes. » ;

2° Le III est complété par les mots : « et le nombre de patients ou volume des ventes donnant lieu à une révision de prix ».

M. Fabien Gay. – Cet amendement détermine le déclenchement de la révision des prix des médicaments selon les recommandations formulées en 2017 par la Cour des comptes. En 2015, les économies liées aux baisses de prix ont atteint 800 millions d'euros. On pourrait en faire davantage si le cadre juridique est plus précis. Cela est d'autant plus justifié que les progrès de la médecine sont de plus en plus rapides.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – La Cour des comptes a en effet pointé, en 2011, la faiblesse du cadre juridique de la révision des prix des médicaments. Elle a cependant reconnu que la loi de financement pour 2017 avait comblé une faille en donnant un fondement législatif au critère utilisé par le CEPS pour déterminer le prix des médicaments dans le cadre d'une procédure de révision. N'y revenons pas dès à présent. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Les médicaments font déjà l'objet d'une révision périodique, qui est systématique en cas d'extension d'indication. De plus, le ministère fixe au CEPS des objectifs en matière de révision de prix. Déterminer un délai maximal dans la loi pourrait avoir un effet inverse à l'objectif : repousser la révision.

L'amendement n°542 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°167 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mme L. Darcos, M. Morisset, Mmes Chain-Larché, Thomas, Garriaud-Maylam, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Bazin, Vaspert, Bouloux, Grosdidier, B. Fournier et Milon, Mme Bruguière, MM. Pellevat, Bascher et Calvet, Mmes Billon et A.M. Bertrand, MM. Kern et Hugonet, Mme Gruny, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Canevet et Gilles, Mme Guidez, MM. Lefèvre, Cambon, Mayet, de Nicolaÿ, Decool, Brisson, Wattebled et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Husson, Mme Lherbier, M. Priou, Mme Boulay-Espéronnier, MM. Genest, Darnaud et Gremillet, Mme Duranton et MM. Sido et Segouin.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « quand il est constaté des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions ».

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. Philippe Mouiller. – La régulation des dépenses de santé est un enjeu majeur, qui doit être corrélé aux ambitions portées par la stratégie nationale de santé et le plan Ma Santé 2022 qui visent à promouvoir la pertinence des soins. C'est au regard de ce critère que doit être considéré le bien-fondé des dépenses de santé, et non sur la base de mécanisme de baisses uniquement comptables des dépenses sans lien avec les besoins médicaux.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – J'ai déposé un amendement n°88 sur les dispositifs médicaux assez proche. Selon nous, la régulation doit prioritairement passer par la voie conventionnelle, une refonte de l'accord-cadre pour le médicament et la mise en place d'un accord-cadre pour les dispositifs médicaux. Dans cette attente, retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous sommes d'accord sur l'objectif de pertinence. Il est toutefois indispensable de maintenir la régulation du prix par rapport au volume, les industriels peuvent l'anticiper et s'y préparer. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Philippe Mouiller. – La notion de pertinence n'est pas toujours prise en compte : on fixe aux prestataires des objectifs de diminution de coût à l'exclusion de tout autre critère. Votre discours est en décalage avec la réalité.

*L'amendement n°167 rectifié *ter* est retiré.*

M. le président. – Amendement n°628, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-12-1-1. – I. – En dehors des situations mentionnées aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1 et L. 5121-12 du présent code, un médicament peut, à titre exceptionnel et de manière temporaire et nominative, être mis à disposition à un stade précoce de développement pour des patients incurables demandeurs, dès l'issue de la phase I des essais

cliniques, dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, non investigatoire et ne se substituant pas aux essais cliniques, et au terme d'une procédure déclarative, dès lors que les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Différer le traitement exposerait le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes ;

« 2° Il n'existe pas, pour la pathologie dont souffre le patient, d'alternative thérapeutique appropriée et le patient n'est pas susceptible d'être inclus dans un essai clinique, notamment pour des raisons géographiques, de calendrier de l'essai ou de non-satisfaction des critères d'inclusion.

« II. – Les sociétés estimant pouvoir mettre à disposition une molécule dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée s'identifient préalablement, ainsi que leur produit, dans un registre public tenu par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code. Cette inscription ne vaut pas engagement de la société concernée à fournir son produit dans le cadre de cette utilisation mais seulement à accepter de recevoir et d'examiner des demandes en ce sens. La société concernée peut se désinscrire à tout moment.

« L'identification, à travers ce registre, des molécules susceptibles de faire l'objet d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée permet d'assurer également une information de tous sur les traitements potentiellement disponibles.

« Les conditions d'élaboration de ce registre et les données renseignées sont précisées par décret.

« III. – L'utilisation du médicament dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée est placée sous le contrôle d'une personne responsable, résidant en France et rattachée à l'opérateur titulaire des droits sur le médicament, réunissant les compétences médicales et pharmaceutiques appropriées.

« IV. – Le patient demandeur, assisté de son médecin prescripteur, soumet au titulaire des droits sur le médicament une demande de communication d'information des données portant sur le médicament. Le titulaire des droits peut, sans motif, s'y opposer. Dans le cas contraire, il sollicite expressément un comité indépendant, institué dans des conditions déterminées par décret. Le comité fournit au patient volontaire et à son médecin la preuve de l'existence d'éléments scientifiques, pré-cliniques ou cliniques, démontrant le potentiel intérêt thérapeutique chez l'homme et permettant de présumer sa sécurité.

« Le patient demandeur ou, en cas d'incapacité, son représentant légal, est assisté par son médecin pour prendre la pleine mesure de ces informations, le cas échéant à l'aide de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du présent code. Le patient demandeur ou, en cas d'incapacité, son représentant légal, prend une pleine connaissance du risque thérapeutique potentiellement associé à l'utilisation du médicament.

« Le patient demandeur, assisté de son médecin traitant, après avoir reçu les éléments sollicités mentionnés au premier alinéa du présent IV, dans les conditions prévues au paragraphe précédent, soumet une demande pour une utilisation testimoniale éclairée et surveillée auprès du titulaire des droits sur le médicament. Il exprime de manière expresse assumer entièrement le risque dont il a pris connaissance et décharger tous les tiers de toute responsabilité liée à cette décision.

« Le titulaire des droits transmet sans délai cette demande à la personne responsable mentionnée au III.

« La personne responsable mentionnée au III ou la société titulaire des droits peut, au regard de sa connaissance intime de la molécule, s'opposer, sans avoir à motiver sa décision, à la demande d'utilisation testimoniale. En l'absence de réponse de la société titulaire des droits dans le mois à compter de la réception de la demande, celle-ci est réputée refusée.

« V. – En cas d'acceptation par la société titulaire des droits, l'utilisation du médicament fait l'objet, dans des conditions précisées par décret, d'une déclaration préalable auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code, adressée par le patient et visée par son médecin prescripteur.

« L'utilisation du médicament fait l'objet d'une surveillance médicale étroite dans des conditions définies par l'opérateur titulaire des droits sur le médicament et validées par le comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV.

« VI. – L'utilisation du médicament est possible pour une durée limitée, éventuellement renouvelable sur demande du patient, assisté de son médecin prescripteur, dans les mêmes conditions que la demande initiale.

« La durée d'utilisation du traitement ne peut excéder celle autorisée par les essais pré-cliniques de toxicité de long terme déjà effectués sur le produit. Elle peut être, le cas échéant, réévaluée à l'aune des données collectées sur la molécule.

« Le patient, assisté de son médecin, peut à tout moment et sous sa seule responsabilité interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.

« La personne responsable mentionnée au III ou la société titulaire des droits peut également, dans des conditions définies par décret, interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.

« VII. – L'opérateur titulaire des droits sur le médicament dépose chaque année auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et du comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV un bilan de l'état d'avancement du développement de son médicament et des données collectées à partir des patients ayant reçu le produit de manière testimoniale, dans des conditions définies par décret.

« L'ensemble des données attachées à la molécule sous-utilisation testimoniale éclairée et surveillée, données existantes en amont de cette utilisation ou issues de

cette utilisation, restent la propriété pleine, entière et exclusive du titulaire des droits sur le médicament.

« Dans des conditions définies par décret, l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code peut interdire l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament si les conditions prévues pour une telle utilisation ne sont pas remplies ou pour des motifs de santé publique.

« VIII. – L'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament cesse de produire ses effets dès lors que le médicament obtient, dans l'indication concernée, soit une autorisation de mise sur le marché, soit une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du présent code. Il peut également y être mis fin à tout moment, soit par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code, soit par la société titulaire des droits, notamment en cas d'impossibilité matérielle de fourniture ou de remise en cause du bénéfice prévisible du médicament au regard des informations disponibles.

« IX. – Un décret précise les conditions dans lesquelles est assurée la protection des données personnelles dont le traitement est rendu nécessaire dans le cadre de l'application du présent article. »

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – M. Savary a déjà présenté cet amendement l'an passé, nous l'avons retravaillé. Nous proposons un nouveau mode d'accès au médicament, à côté de l'AMM et de l'ATU, que nous appelons l'UTES.

Le passage d'une molécule innovante des premiers essais cliniques à la commercialisation nécessite un délai de dix ans, voire quinze ans. Ces lenteurs induisent des pertes de chance pour les patients et mettent également en danger des sociétés de biotechnologies innovantes qui se trouvent à court de financement.

Si certaines ATU sont octroyées à un stade assez précoce, elles sont par définition subordonnées à une autorisation délivrée par l'autorité compétente sur la base de la démonstration, de la sécurité et de l'efficacité d'emploi du médicament concerné. Or certains patients souffrant d'une maladie incurable souhaitent bénéficier de ces médicaments innovants en prenant, de manière éclairée et en toute connaissance de cause, le risque thérapeutique associé à leur utilisation. L'UTES est particulièrement adaptée dans le domaine neurodégénératif, non seulement parce que les essais cliniques y sont les plus longs, mais également parce que les médicaments neuroprotecteurs présentent par nature un profil de sécurité encourageant.

Le financement de cette voie d'accès nouvelle serait en partie assuré par un fonds de solidarité constitué par une participation des laboratoires ayant recours au dispositif de l'UTES. Ce dispositif, récemment mis en place aux États-Unis, peut sembler complexe, mais il est intéressant.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou rejet. Les phases 1 des essais concernent une, deux ou trois dizaines de patients, nous ne voulons pas élargir la cohorte. L'AMM est délivrée dès la phase 2 en cancérologie. Enfin, il existe les ATU nominatives délivrées dans des cas compassionnels.

M. René-Paul Savary. – Madame la ministre, l'an dernier, lorsque j'ai présenté cet amendement, vous m'avez fait passer un petit mot : « Voulez-vous me faire aller en prison ? » Nous l'avons retravaillé depuis. Cet amendement traite le cas du malade qui, en désespoir de cause, se tourne vers une biotech pour qu'elle lui fournisse une molécule dont on ne peut pas garantir la sûreté, pour avoir une chance de survie.

En somme, l'UTES a une logique inverse à l'ATU où la biotech sollicite le patient à des fins de recherche. Avec l'UTES, c'est le patient qui prend l'initiative. La logique de l'ATU est compassionnelle et gratuite ; celle de l'UTE est testimoniale et payante. Il faut avancer, le risque est de prendre du retard dans la recherche neuro-dégénérative.

M. Alain Milon, président de la commission. – Pour amoindrir le choc de cette proposition auprès de mes collègues, qu'on appelle aux États-Unis le « droit d'essayer », je veux dire que l'UTES arrive en fin d'évolution de la maladie, quand il n'y a plus d'autre recours et que la fin avec un grand « f » approche.

L'amendement n°628 est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 42 BIS

M. le président. – Amendement n°89, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Le suivi de l'ouverture des ATU aux extensions d'indication est un sujet qui ne manque pas d'intérêt mais la commission n'aime guère les rapports. Cette analyse trouverait au demeurant toute sa place dans le rapport annuel du CEPS.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°89 est adopté.

L'article 42 bis est supprimé.

ARTICLE 43

Mme Colette Mélot. – Cet article crée une nouvelle catégorie de médicaments, les hybrides, que le pharmacien pourra substituer à l'original. Or nous n'avons pas le recul nécessaire, du point de vue sanitaire, pour les autoriser. Pour les génériques, comme pour les hybrides, le médecin doit garder la main.

M. le président. – Amendement n°90 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéas 2 à 12

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

III. – Alinéas 26 et 30

Supprimer les mots :

ou hybrides

IV. – Alinéa 26, 27, 28 et 30

Supprimer les mots :

ou hybride

V. – Alinéa 32

Après le mot :

publique

supprimer la fin de cet alinéa.

VI. – Alinéa 47

Après l'année :

2019

supprimer la fin de cet alinéa.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Cet amendement suspend l'adoption des dispositions relatives aux médicaments hybrides dans la mesure où leur mise en œuvre semble prématurée.

Le médicament hybride, largement absent du débat public, n'a pas fait l'objet de travaux ni de conclusions particulières dans le cadre du dernier CSIS. La tenue d'un débat parlementaire éclairé sur cette question est souhaitable.

M. le président. – Amendement n°223 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, Fouché, A. Marc et Lagourgue, Mme Mélot, MM. Bonhomme, Louault, Huré et Magras, Mme Malet, M. Nougain, Mmes Lopez et Thomas et MM. L. Hervé, del Picchia, H. Leroy et Gabouty.

Alinéa 8, première phrase

Après les mots :

groupes hybrides,

insérer les mots :

à l'exception des médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif,

Mme Colette Mélot. – Cet amendement exclut les spécialités administrées par voie inhalée des groupes hybrides pouvant faire l'objet d'une substitution. L'interchangeabilité au niveau des produits inhalés pose encore de nombreuses questions relatives à la sécurité sanitaire, notamment dues à la nécessité d'éducation thérapeutique des patients, compte tenu

de la variabilité des mécanismes d'utilisation par voie inhalée.

M. le président. – Amendement n°543, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéas 22 à 33

Supprimer ces alinéas.

M. Fabien Gay. – Cet article consiste, en réalité, en une sanction contre les patients et porte atteinte à leur liberté de choix thérapeutique.

M. le président. – Amendement n°618, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 26

Après les mots :

par l'assuré

insérer les mots :

au titre

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – C'est un amendement rédactionnel.

M. le président. – Amendement n°206 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bonhomme, Pellevat, Karoutchi et Frassa, Mme Deromedi, MM. Houpert, Sido, Babary, Charon, Laménié et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Lassarade et Berthet, M. Poniatowski et Mme Renaud-Garabedian.

Alinéa 47

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2020

par la date :

1^{er} janvier 2021

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Cet amendement est similaire à l'amendement n°618.

M. le président. – Amendement identique n°222 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, A. Marc et Lagourgue, Mme Mélot, MM. Louault, Huré et Magras, Mme Malet, M. Nougain, Mmes Lopez et Thomas, MM. L. Hervé, del Picchia et H. Leroy et Mme Perrot.

Mme Colette Mélot. – Défendu.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – La notion de médicament hybride est fixée par l'ANSM - la molécule est la même, mais le médicament est fabriqué sous différentes formes, qui présentent des avantages différents, par exemple entre une injection ou un liquide à boire. Les essais chimiques demandés sont plus poussés que pour les génériques. Toutes les garanties sont là, le dispositif est très bien encadré, je crois qu'il faut laisser les autorités compétentes décider de ce qui est substituable.

Retrait ou avis défavorable à tous les amendements.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Avis défavorable à l'amendement n°223 rectifié *bis* au profit du nôtre. Quant à l'amendement n°543, nous préférons une stratégie concertée entre le médecin et le pharmacien. Avis défavorable.

Retrait des amendements identiques n°206 rectifié et 222 rectifié *bis*, au profit de celui de la commission.

L'amendement n°90 rectifié est adopté.

L'amendement n°223 rectifié bis n'a plus d'objet, non plus que l'amendement n°543.

L'amendement n°618 est adopté.

Les amendements identiques n°206 rectifié et 222 rectifié bis n'ont plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°91, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéas 14 et 46

Supprimer ces alinéas.

II. – Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un accord conventionnel interprofessionnel conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des médecins et des pharmaciens habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions détermine des objectifs de prescription et de délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique ou biologique similaire tel que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. » ;

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Nous supprimons la restriction du recours par les prescripteurs à la mention « non substituable » qui est inopérante en pratique, voire contre-productive.

Nous sommes favorables aux génériques. Mais de là à ce que le médecin justifie sa demande de non substitution, c'est un peu trop.

La bonne diffusion du médicament générique ne pourra que résulter d'une coopération active entre prescripteurs et pharmaciens, à rebours des politiques menées jusqu'ici. C'est pourquoi nous proposons aussi de confier à la négociation conventionnelle le soin de définir les contours d'une politique interprofessionnelle de diffusion des médicaments génériques et biosimilaires.

M. le président. – Amendement n°250 rectifié, présenté par M. Sol, Mme Vullien, MM. Bascher, Morisset, Daubresse et Pellevat, Mme Goy-Chavent, M. Cardoux, Mme Bruguière, MM. Détraigne, Magras et Calvet, Mmes Deromedi et Malet, M. Babary,

Mme Gruny, MM. Brisson et Laménié, Mmes Boulay-Espéronnier, Lherbier et Delmont-Koropoulis et M. Sido.

Alinéa 14

1° Première phrase

Supprimer les mots :

et justifiée

2° Deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

Mme Viviane Malet. – La mention « non substituable », par le prescripteur, n'a pas à être manuscrite à l'heure de la prescription médicale électronique. Ensuite, l'obligation de justifier sur l'ordonnance la situation médicale qui exclut la substitution, ajoute une tâche chronophage aux médecins et se heurte au nécessaire respect du secret médical entourant la cause de l'utilisation de la mention non substituable. Cette mention induirait des conflits potentiels entre le patient, le médecin ou le pharmacien. On peut donc craindre qu'elle soit inopérante.

M. le président. – Amendement identique n°352 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc et Mme Mélot.

Mme Colette Mélot. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, *rapporteuse*. – Les amendements identiques n°250 rectifié et 352 rectifié sont satisfaits par celui de la commission.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – L'usage des génériques en France stagne autour des 8 %, ce qui est insuffisant et dans deux cas sur dix, le princeps est délivré alors que le générique aurait pu l'être. Et nous n'avons aucune visibilité sur les causes de cette non-utilisation et de celle supposée « allergie » contre le générique. Cela relève sans doute de la culture et de la pédagogie.

Il faut aussi plus de transparence, d'où ce référentiel que propose de créer cet article. Il sera établi par l'ANSM et le ministère en concertation avec les acteurs concernés.

Les génériques font partie du champ conventionnel et pourtant, ils ne décollent pas. Nous devons aller plus vite, plus loin, plus fort. Retrait ou avis défavorable.

Mme Corinne Imbert. – Madame la ministre, le recours aux génériques dans notre pays n'est pas si insuffisant que vous le dites ; sur la base du répertoire de recours aux génériques, tout le monde joue le jeu.

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. – Sur le territoire national, nous sommes à 80 % de substitution. Nous cherchons à aller plus loin.

L'amendement n°91 est adopté.

Les amendements n^{os} 250 rectifié et 352 rectifié n'ont plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°632, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 20

Supprimer les mots :
chapitre II du

II. – Après l'alinéa 20

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 4° de l'article L. 161-36-4, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Amendement de coordination.

L'amendement n°632, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°631, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 37

Remplacer les mots :

au second alinéa

par les mots :

à la fin de la seconde phrase

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Amendement de coordination.

L'amendement n°631, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°92, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéas 42 à 44

Remplacer ces alinéas par quatre alinéas ainsi rédigés :

3° L'article L. 162-30-2 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du 1°, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque

indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »

II. – Alinéa 45

Rédiger ainsi cet alinéa :

III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnée à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous proposons d'intégrer le dispositif d'intéressement des établissements de santé à la pertinence de leurs prescriptions dans les dispositions du code de la sécurité sociale encadrant les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques).

Ces contrats poursuivent le même objectif d'amélioration de la pertinence du recours aux produits de santé. La multiplication des outils d'orientation de la pertinence des soins compliquerait la tâche des établissements hospitaliers.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ce dispositif est plus intéressant que le Caques. Avis défavorable.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Nous souhaitons l'intégrer dans le Caques.

L'amendement n°92 est adopté.

L'article 43, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°544, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5121-31 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une cellule nationale de gestion des ruptures d'approvisionnement, placée sous l'autorité du Premier ministre, est chargée de définir une stratégie nationale pour la prévention et la résolution des causes de rupture d'approvisionnement. »

Mme Laurence Cohen. – En 2017, l'ANSM a reçu plus de 530 signalements de rupture de stock de médicaments de traitements jugés essentiels, c'est du jamais vu. Notre pays est la septième puissance mondiale. Comment accepter que ces pénuries existent ? D'où la mission d'information lancée par la commission des affaires sociales dont je ne partage pas toutes les conclusions. En effet, la toute-puissance des grands laboratoires n'est pas assez remise en cause. La proposition n°25 est intéressante ; elle crée une cellule nationale de gestion des ruptures de médicaments placée sous l'autorité du Premier ministre. Nous la reprenons dans cet amendement.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Mieux vaudrait traiter le problème de manière globale. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous travaillons à une feuille de route globale. La mesure que vous proposez est intéressante mais ne suffira pas et relève du pouvoir réglementaire. Retrait ou avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Je ne maintiens pas un amendement qui serait battu, alors que c'est une proposition de notre mission d'information. Il reste dommage, cependant, que le PLFSS ne traite pas du tout cette question de l'accès aux médicaments - je pense, par exemple, au conditionnement individuel, qui est également une mesure intéressante.

L'amendement n°544 est retiré.

ARTICLE 43 BIS

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, cible manifestement les médicaments innovants pour lesquels les mesures d'accompagnement sont nécessaires. Cependant, sa rédaction laisse craindre qu'il pourrait viser l'ensemble des médicaments, avec donc des contraintes supplémentaires : pouvez-vous nous assurer que ce n'est pas le cas ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet article protégera soit les patients, soit l'assurance-maladie.

L'article 43 bis est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°93, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et la date : « 1^{er} janvier 1955 » est remplacée par la date : « 1^{er} mai 1958 » ;

b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1^{er} mai 1958. Pour les assurés nés entre le 1^{er} mai 1957 et le 30 avril 1958, cet âge est fixé à soixante-deux ans et six mois. » ;

2° Après le mot : « âge », la fin du 1° de l'article L. 351-8 est ainsi rédigée : « de soixante-sept ans ; ».

M. René-Paul Savary, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse. – Cet amendement reprend une proposition du Sénat de reporter l'âge minimum légal de départ à

la retraite de 62 à 63 ans à compter du 1^{er} mai 2020, pour les générations d'assurés nées à compter du 1^{er} mai 1958.

La réforme des retraites sera-t-elle ou non financière ? Ce PLFSS, en fait, réalise déjà un volet financier de la réforme des retraites : entre la non-compensation de la CSG et la désindexation, il rapporte déjà 9 milliards d'euros, autant que la réforme des retraites de 2010.

La non-remise en cause de l'âge légal de la retraite est un piège, puisque, en faisant baisser le pouvoir d'achat des retraités, vous fabriquez des générations de retraités plus pauvres. Le président de la République tient sa promesse d'une retraite à 62 ans, mais c'est pour faire partir des retraités trop tôt avec une pension insuffisante. Même les Suédois cherchent à augmenter l'âge minimum de départ.

L'augmentation de la durée de cotisation est indispensable pour garantir des conditions de vie correctes aux retraités.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous renouez avec des pratiques anciennes, consistant à modifier régulièrement et brutalement les paramètres, ce qui mine la confiance de nos concitoyens et menace la solidarité intergénérationnelle. Le président de la République s'est engagé à ce que l'âge de liquidation des droits reste à 62 ans.

Dans le cadre de la réunion multilatérale d'octobre dernier, nous avons assuré aux partenaires sociaux que nous tiendrions nos engagements, en particulier celui que la réforme n'impacterait pas les salariés à cinq ans de l'âge de leur départ. Avis défavorable.

M. Alain Milon, président de la commission. – Le Gouvernement a décidé de sous-indexer l'évolution des retraites à 0,3 %, au lieu de l'aligner sur le taux de l'inflation à 1,6 % ; cela représente un manque à gagner de 2 milliards d'euros pour la sécurité sociale. D'où la solution de taxer d'un milliard supplémentaire les OCAM, et de repousser d'une année, à 63 ans, l'âge de départ à la retraite.

Si, quand l'État a supprimé les cotisations sociales sur les heures supplémentaires, il avait décidé compenser les deux milliards que cela représentait, nous n'aurions pas été dans cette situation.

Vous privez les retraités de 2 milliards d'euros. Vous les redonnez aux travailleurs, mais vous en privez aussi la sécurité sociale.

Nous ne pouvons pas vous obliger à compenser les pertes de recettes à la sécurité sociale. D'où cette solution que nous proposons.

M. Jérôme Bascher. – Nous avons le mérite de la clarté. La réforme Woerth a bien dit aux Français qu'il s'agissait de repousser l'âge de la retraite : les Français l'ont compris. Madame la ministre, vous préférez le grand bidouillage des points. Les Français y perdront du pouvoir d'achat.

Nous préférons leur dire qu'une fois leur retraite acquise, leur pouvoir d'achat ne diminuera pas. Il faut compenser les exonérations. Voilà trente ans qu'on le fait. Continuons !

M. Bernard Jomier. – On peut entendre qu'il y a un arbitrage financier à faire. Cependant, une réforme des retraites est en cours d'élaboration. Il serait inopportun que le Parlement modifie l'âge légal de la retraite au détour d'un amendement, faisant fi de la concertation.

Le décalage brutal de l'âge de la retraite interviendrait de façon immédiate et trop brutale.

Quelle que soit la légitimité du débat sur l'âge de la retraite, la méthode n'est pas acceptable.

Nous ne voterons pas cet amendement et demandons un scrutin public.

Mme Patricia Schillinger. – Le groupe LaREM ne peut voter cet amendement qui fait figure de chiffon rouge et de leurre. Seule la réforme sur laquelle le Haut-Commissaire Delevoye travaille résoudra le problème.

Pour ceux qui ont un emploi, le recours au temps partiel s'accroît avec l'âge. Les ouvriers ont 5,6 fois plus de chances que les cadres d'être à temps partiel pour des raisons de santé. Les perspectives d'emploi diminuent avec l'âge. De fortes proportions de chômeurs de longue durée ont plus de 55 ans en France.

Le taux de sortie de Pôle Emploi est en baisse de 1,3 % pour les plus de 55 ans. Ainsi, ces réalités m'interdisent de voter cet amendement.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* – Le Sénat est très majoritairement favorable à la réforme systémique. M. Savary et moi-même nous nous investissons dans le projet de réforme de M. Delevoye dans le cadre de la MECSS.

Cependant, vous nous contraignez à bouger sur un des paramètres essentiels, à savoir le montant de la pension que vous modifiez, avant même la réforme systémique.

Nous devons maintenir l'équilibre de la branche et celui de la sécurité sociale. Personne ne peut nous accuser de légèreté ; s'il y avait eu concertation, nous aurions pu trouver ensemble une solution pour garantir l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Ne nous y trompons pas : la question de ces paramètres se posera aussi lors de la réforme systémique. (*M. Jérôme Bascher applaudit.*)

M. Jean-Claude Requier. – Cet amendement n'est pas très populaire mais ne manque pas de courage. Je crois que le recul de l'âge de la retraite est inéluctable puisque l'espérance de vie augmente et on commence à travailler de plus en plus tard.

Cependant, le RDSE estime que la mesure serait prématurée. Nous nous abstenons.

M. Martin Lévrier. – Je suis très fier d'appartenir à une chambre qui est un lieu de travail, de consensus, de réflexion, mais depuis hier, certains amendements me donnent un sentiment de brutalité. Brutalité par rapport aux engagements du président de la République, qui s'est engagé à en rester aux 62 ans et à ce que la réforme ne touche pas les salariés à cinq ans de leur départ en retraite. Brutalité, encore, à l'encontre de tous les actifs qui, du jour au lendemain, apprendront qu'ils devront travailler un an de plus, alors qu'ils ont d'autres projets.

Notre objectif est de revaloriser le travail, tandis que vous, vous le taxez davantage, tout comme, avant-hier, vous avez décidé de prendre un milliard d'euros aux assurances complémentaires. Tout cela m'étonne beaucoup d'une chambre qui nous a habitués à plus de sérieux.

Le COR compte 200 euros chaque année. Or, pour 2019, monsieur Savary, l'économie sur la taxe d'habitation sera de 400 euros, puis l'an d'après de 600 euros. Nous demandons certes des efforts à une partie des retraités mais vous, vous taxez davantage tous les gens qui travaillent.

Mme Laurence Cohen. – Je me pince pour vérifier que je ne rêve pas, tant ce que j'entends relève de l'hallucination.

Le groupe CRCE ne votera évidemment pas l'allongement de l'âge de la retraite. Dans le fond, vous nous dites, sur tous les bancs, que puisque nous allons vivre plus longtemps, il va falloir travailler plus longtemps pour nous payer nos retraites. Mais si l'on vit plus longtemps, ce n'est pas forcément pour travailler plus !

Voilà une semaine que nous brassons des milliards. Les exonérations de cotisations patronales représentent 40 milliards d'euros : voilà qui permettrait de mettre en place une politique sociale plus juste en faveur des travailleurs et des hôpitaux.

Mais cet argent-là, pas touche ! Il ne faut surtout pas écorner ce que touchent les entreprises, sinon vous nous dites qu'on tuera l'emploi ! De grâce, changez d'arguments !

M. Yves Daudigny. – Le groupe SOCR est opposé à la désindexation des pensions de retraite et des prestations sociales. Nous sommes aussi opposés à la modification de l'âge de la retraite.

Comme élus responsables, cependant, nous avons présenté une copie alternative de la loi de finances, qui maintient les grands équilibres.

Par quelles mesures ? Par exemple, en ne doublant pas de 20 à 40 milliards d'euros les aides apportées aux entreprises. D'autres dispositifs auraient pu être imaginés.

Mme Colette Mélot. – Le groupe Les Indépendants proposera un amendement à l'article 44 qui préserverait l'équilibre des comptes.

Reporter l'âge de la retraite à si brève échéance ne nous paraît pas juste.

Nous nous retrouvons sans solution avec l'impression d'aller dans le mur. Nous nous abstenons.

M. Philippe Mouiller. – Je salue le courage du rapporteur, de présenter cette mesure impopulaire sans doute justifiée par le manque de concertation du Gouvernement. L'allongement des cotisations est déjà une réalité dans les faits pour bénéficier des retraites complémentaires de l'Agirc-Arcco.

M. Lévrier a parlé de brutalité. Elle est plutôt chez le Gouvernement, qu'il s'agisse du pouvoir d'achat ou des familles. Nous l'entendons dès demain. (*M. Jérôme Bascher applaudit.*)

M. Fabien Gay. – Je voudrais juste triturer l'argument de monsieur le rapporteur selon lequel l'espérance de vie augmentant, il serait normal de travailler plus longtemps. À première vue, c'est clair comme de l'eau de roche.

Mais pourquoi l'espérance de vie a-t-elle augmenté, sinon parce que nous travaillons 35 heures plutôt que 39 et bénéficions des congés payés, de bons services médicaux ? Arrêter le progrès social risquerait d'inverser la tendance. Et les chiffres me donnent raison avec le début du recul de l'espérance de vie notamment celle de la vie en bonne santé.

Quant au financement, beaucoup d'argent existe dans ce pays. Il reste à se poser les bonnes questions.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Ma proposition peut paraître provocatrice. Cependant, c'est le Gouvernement qui a brutalement décidé de déroger aux règles de revalorisation des pensions par rapport aux prix. Disons la vérité aux Français. Il y a trois leviers pour équilibrer le système de retraites par répartition : les cotisations, de 28 %, auxquelles on ne peut pas toucher si on ne veut pas abîmer la compétitivité ; l'âge de départ à la retraite que tous les pays ont reculé, enfin, le niveau des pensions. Si nous choisissons des retraites basses, nos retraités n'auront plus les moyens de vivre correctement. Le souhaitons-nous ?

Le recul de l'âge de la retraite est inéluctable. (*Marques de protestations sur les bancs du groupe CRCE*) Ce critère sera incontournable. (*M. Jérôme Bascher applaudit.*)

À la demande du groupe SOCR, l'amendement n°93 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°19 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	308
Pour l'adoption.....	197

Contre 111

Le Sénat a adopté

et l'amendement n°93 devient un article additionnel.

(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)

ARTICLE 44

Mme Corinne Féret. – Cet article prévoit que les plafonds de prestations sociales seront revalorisés de 0,3 % entre 2019 et 2020. Cela déroge à la règle selon laquelle ces plafonds sont revalorisés chaque année selon l'inflation, soit 1,6 à 1,7 % les deux années visées. Certaines allocations sont exclues mais toutes les prestations familiales sont concernées. Madame la ministre, vous brisez un principe fort et menacez le bien vivre de nos concitoyens.

Pour les retraités, ce sera la double voire la triple peine, alors qu'il ne s'agit pas de privilégiés ni de nantis. *Idem* pour les familles.

Tout cela va à l'encontre des promesses du Gouvernement de protéger les plus fragiles. On nous noie sous des formules complexes en nous promettant qu'il y aura des gagnants, alors que je ne vois que des perdants. Nous proposerons donc de supprimer cet article injuste et inégalitaire.

M. le président. – Amendement n°416 rectifié *bis*, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny. – Après la hausse de la CSG et la non-revalorisation des pensions en 2018, les retraités auraient pu espérer une revalorisation de leurs pensions au niveau de l'inflation. La situation économique est favorable, les comptes, rétablis. Et pourtant, le Gouvernement fait le choix d'une revalorisation de 0,3 % qui générera une perte de pouvoir d'achat de 1 % et plus pour les retraités. C'est une erreur politique, économique et sociale.

Le Secours catholique met en avant une plus grande fragilité des personnes âgées et familles monoparentales. Même M. Delevoye préconise l'indexation des pensions de retraites sur l'inflation.

Mais le Gouvernement utilise l'inflation comme outil de régulation - pour 3,5 milliards l'an prochain et 7 milliards en 2020. Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale doit être mis au service de la rénovation de notre système de santé et du progrès social. Il y va du maintien de la cohésion de notre pays.

M. le président. – Amendement identique n°546, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

M. Fabien Gay. – En 2020, huit retraités sur dix verront leur pouvoir d'achat diminuer. La politique du Gouvernement est déséquilibrée. Certains ménages bénéficieront de la suppression de la taxe d'habitation,

mais de l'autre côté, la faible revalorisation des retraites - 0,3 % - en 2019 et 2020 et la hausse de la CSG en 2018 font des perdants. Les différences de traitement entre gagnants et perdants s'aggraveront en 2020 et huit ménages sur dix verront leur pouvoir d'achat baisser de 700 euros cette année.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – La dépense nouvelle entraînée par la suppression de l'article n'est pas financée. Nous sommes carrés... (*Sourires sur les bancs du groupe LaREM et sur quelques autres bancs*)

M. Fabien Gay. – Ça oui !

M. René-Paul Savary, rapporteur. – ... et disons la vérité. Nous aurions pu proposer, à l'instar du gouvernement précédent, une augmentation de la durée des cotisations, qui conduise à reculer l'âge du départ légal à la retraite. Nous, nous sommes clairs, sans tabou ! Avis défavorable à ces amendements, en attendant le suivant, que je vous invite à soutenir...

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 416 rectifié bis et 546 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°94, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots : « sur la base », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « de l'indice des prix hors tabac prévisionnel figurant dans le projet de loi de finances de l'année. » ;

2° Le second alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Si l'indice des prix hors tabac diffère de la prévision, il est ensuite procédé à un ajustement. Cet ajustement comporte :

« 1° Une compensation de l'écart entre les sommes effectivement perçues et celles qui auraient dû l'être pour respecter la parité entre, d'une part, l'évolution des prestations et, d'autre part, l'indice des prix à la consommation hors tabac ;

« 2° Une revalorisation destinée à maintenir, pour l'avenir, ladite parité. »

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Cet amendement propose la revalorisation des pensions.

La sous-revalorisation à 0,3 %, additionnée à la hausse de la CSG, fait 79 % de perdants et 21 % de gagnants. Il convient de les revaloriser au moins à hauteur de l'inflation. De plus, cela ne remet pas en cause l'écart entre le minimum vieillesse et les retraites basses des salariés qui ont été au SMIC tout au long de leur carrière.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Toutes les prestations vont augmenter au taux observé ces trois dernières années. Nous avons privilégié une revalorisation différenciée. Nous avons revalorisé conformément à l'inflation tous les minima sociaux, RSA, ASS... Le minimum vieillesse et l'allocation aux adultes handicapés (AAH) connaîtront une revalorisation exceptionnelle en 2018 et en 2019. Pour le premier, c'est une augmentation de 100 euros en deux ans et demi sous l'action de ce Gouvernement.

Nous faisons le choix d'aider prioritairement les familles pour qui les aides sont essentielles : les familles monoparentales ou d'enfants handicapés, pour lesquelles nous revalorisons l'aide à la garde d'enfant.

Nous allongeons le congé paternité. La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté engage des moyens très importants du budget de l'État et du PLFSS : nous construisons des crèches, notamment dans des quartiers de la politique de la ville, nous faisons des efforts sur l'alimentation des enfants, le tout pour 6 milliards d'euros.

Il est faux de prétendre que nous ne sommes pas attentifs au pouvoir d'achat des retraités. La baisse de la taxe d'habitation pour 80 % d'entre eux compense largement la moindre revalorisation des pensions.

Les 40 % de retraités les plus modestes ne sont pas touchés par la hausse de la CSG.

La CMU-C va apporter un gain de pouvoir d'achat de 60 euros par mois pour un couple de retraités. Vous n'en tenez pas compte !

Le reste à charge zéro pour les 100 % santé va également soutenir le pouvoir d'achat, dès cette année ; le reste à charge zéro pour les prothèses auditives représente un gain de 200 euros dès l'an prochain, en 2020 viendra le tour des prothèses dentaires et enfin en 2021 lunettes, soins dentaires et prothèses auditives seront *de facto* gratuits. Oui, le Gouvernement a choisi d'être moins généreux vis-à-vis des 20 % de retraités les plus aisés, touchant au-dessus de 2 500 euros par mois de pension, ce qui est supérieur à la moyenne des actifs, qui est de 1 800 euros par mois. Souvent, ils travaillent encore.

En revanche, le Gouvernement cible les aides sur les moins favorisés, dont beaucoup de retraités. Les plus de 60 ans, représentent 25 % de la population et 50 % des dépenses de santé. Améliorer le parcours de soins, c'est faire aussi cet effort en faveur des personnes âgées.

Nous menons une réforme ambitieuse de la prise en charge et de l'accueil des plus âgés, notamment dans les Ehpad.

Alors, arrêtez la démagogie qui consiste à dire que l'on s'attaque aux retraités ! On a le droit d'être intelligent (*Murmures sur certains bancs à gauche*) et de mener une politique différenciée.

Avis défavorable à la totalité des amendements à l'article 44.

M. Jacques Bigot. – L'intelligence et l'arrogance !

M. Fabien Gay. – Eh bien !

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Les mesures citées touchent une population particulière : en effet, 550 000 personnes perçoivent l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), sur 14 millions de retraités.

Pourquoi y a-t-il des manifestations demain si tout va bien ? (*Marques d'approbation sur divers bancs, notamment à droite*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Effectivement, il y aura des manifestants demain - notamment les automobilistes. Mais 9 millions de Français vivent en dessous du seuil de pauvreté, et 3 millions d'enfants. Ces gens-là ne seront pas dans la rue.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Mais si !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Malheureusement, ils votent relativement peu...

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Et alors ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous devons réduire la fracture sociale qui s'aggrave. C'est le but de notre politique.

Les 5 milliards d'euros injectés dans l'Ondam sont en faveur des retraités. Pareil pour le milliard du reste à charge zéro, pour l'aide à la complémentaire santé, qui concerne 3 millions de personnes qui n'ont pas accès à une telle assurance aujourd'hui.

Nous avons mis beaucoup d'argent dans le PLFSS, en assumant le choix d'aller vers les plus vulnérables et en particulier les personnes âgées, qui pourront davantage accéder aux soins...

M. Alain Milon, président de la commission. – Vos actions en faveur des plus pauvres sont incontestables. Mais ces efforts sont demandés aux classes moyennes, qui paient les cotisations et les impôts. Ce sont elles aussi qui font les frais de la sous-indexation des pensions et des prestations familiales que vous avez mises en place. Bref, on tape toujours un peu sur les mêmes... Vous auriez pu compenser le manque à gagner pour la sécurité sociale des baisses de cotisations, mais vous ne l'avez pas fait.

Vous n'avez pas, en effet, respecté la loi Veil de 1993 qui impose la compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale.

Les retraités subissent à la fois une sous-indexation de la revalorisation de leurs pensions et une CSG qui n'est pas mince. Or l'effort doit être réparti sur tout le monde. L'État aurait dû fournir un effort de compensation.

M. Jean-Claude Requier. – Par cohérence, puisque nous n'avons pas voté les dépenses, nous nous abstenons sur les recettes.

M. Martin Lévrier. – Nous ne voterons pas non plus cet article.

Tout de même, sans vouloir polémiquer (*Exclamations ironiques sur les bancs des groupes CRCE et SOCR*), le Gouvernement supprime la taxe d'habitation sur trois à quatre ans pour l'ensemble des Français, ce qui leur rend du pouvoir d'achat.

Les actifs des classes moyennes bénéficient de la fin de la taxe d'habitation, de la suppression des charges sociales. Tout cela redonne du pouvoir d'achat, à hauteur de 675 euros par an.

Pour un automobiliste qui parcourt 15 000 kilomètres par an, la hausse des taxes sur le carburant de 7 centimes, c'est 63 euros par an. Le gain de pouvoir d'achat, essence comprise, est donc de 600 euros. Je ne vois pas en quoi, en obtenant cela, l'on tape sur les classes moyennes !

Il est vrai que tant que la taxe d'habitation n'est pas supprimée, on demande un effort aux retraités qui gagnent plus de 2 500 euros par mois pour une personne seule. Gardons une certaine objectivité !

M. Fabien Gay. – Il est méprisant de demander ainsi aux parlementaires de faire appel à leur intelligence. Il y a un peu de mépris de classe dans votre propos, madame la ministre. On peut ne pas être d'accord avec vous. Serions-nous, pour autant, ringards ou pas intelligents ? Au Sénat, nous sommes tous différents, et il est vrai que, pour ma part, je parle fort, peut-être plus que d'autres... (*Sourires*)

Mais nous travaillons tous et nous sommes combattifs, ici, comme ailleurs, dans la rue, aux côtés des gens, tout en respectant le fait que nous sommes minoritaires.

Je vais quitter la séance car c'est insupportable. On peut ne pas être d'accord. Nous ne sommes pas dans le dogmatisme. Certaines mesures nous conviennent, mais on ne peut pas les déconnecter d'une politique globale. Vous traînez comme un boulet le fait que vous avez donné 5 milliards aux plus riches tout en ayant réduit l'APL de 5 euros pour chacun, et en augmentant la CSG pour tous.

M. Pierre Ouzoulias. – Très bien !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je fréquente cet hémicycle depuis un an et je ne manque de respect à personne. Jamais, tout au long de ma vie professionnelle, je n'ai manqué de respect à quiconque. J'ai juste dit qu'on avait le droit d'être intelligent dans le sens où on a le droit de mener une politique différenciée, d'assumer des choix, de les hiérarchiser et c'est ce que nous faisons. Libre à vous de ressentir du mépris de classe, même si je pense que c'est malvenu, mais qu'il soit bien clair que j'ai toujours témoigné le plus grand respect à la Haute Assemblée, tout comme aux députés et sénateurs.

Mme Colette Mélot. – Le projet de loi du Gouvernement fixait la revalorisation des prestations sociales à 0,3 % en 2019 et 2020, alors que l'inflation

est de 1,5 %. C'est une baisse de pouvoir d'achat à laquelle s'ajoute la hausse non compensée de la CSG.

Les familles, qui ont depuis cinq ans participé à l'effort de modération des dépenses sociales, sont elles aussi touchées.

Le groupe Les Indépendants avait d'abord souhaité défendre le pouvoir d'achat, tout en respectant l'équilibre des comptes - c'était l'objet de l'amendement n°226 rectifié - mais nous suivrons la commission des affaires sociales.

*L'amendement n°94 est adopté
et l'article 44, ainsi rédigé, est adopté.*

*Les amendements n°s 159, 547, 226 rectifié,
548, 413 rectifié et 227 rectifié bis n'ont plus d'objet.*

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°444 rectifié bis, présenté par M. Lurel et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 815-13 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, la récupération ne peut être opérée sur la résidence principale du bénéficiaire de l'allocation. »

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 Victoire Jasmin. – Cet amendement porte sur l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qui est récupérable sur succession dès lors que le patrimoine de l'allocataire est de plus de 39 000 euros en France hexagonale et de 100 000 euros dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

Néanmoins, peu de bénéficiaires de l'ASPA sont au courant de la récupération sur succession. Si un quart de ces personnes ignoraient la procédure, 43 % ont déclaré ne pas être concernées soit parce que leur patrimoine était inférieur à 39 000 euros, soit parce qu'elles n'avaient pas d'héritier. Pour y remédier, cet amendement établit une expérimentation au sein des collectivités concernées.

Il est aussi proposé de ne pas tenir compte de la valeur de la résidence principale du bénéficiaire pour le recours sur succession pratiqué après le décès du bénéficiaire afin de faciliter l'accès à ce recours.

M. René-Paul Savary, rapporteur. – Avis défavorable. Les outre-mer bénéficient déjà d'un seuil d'exonération différent de l'Hexagone. Dans la

pratique, c'est supprimer la récupération de l'ASPA sur succession.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La récupération sur succession est la contrepartie du fait que l'allocation se substitue à l'obligation de soutien familial. La réforme de 2010 incluait les retraites agricoles. Il existe déjà nombre de mesures de protection. Avis défavorable.

Mme Nassimah Dindar. – Au niveau du droit commun, il est difficile de faire autrement, je le comprends. Mais à La Réunion, en Martinique, en Guadeloupe, des familles qui ont hérité d'un lopin de terre ont vu le prix du mètre carré du foncier augmenter très fortement par un effet pervers de la défiscalisation. Aussi, des personnes âgées préfèrent renoncer à l'ASPA pour ne pas peser ensuite sur leurs héritiers. Dans les communes rurales, certes, ceux qui ont un patrimoine agricole n'entrent pas dans le champ de la loi, mais il est injuste pour quelqu'un qui n'est pas exploitant mais habite à 200 mètres d'une exploitation, de devoir reverser la succession. Cela peut pénaliser les enfants qui ne peuvent ensuite rembourser. Je m'abstiendrai sur cet amendement, car je comprends les motifs qui ont inspiré ses auteurs.

L'amendement n°444 rectifié bis n'est pas adopté.

ARTICLE 45

Mme Patricia Schillinger. – Le groupe LaREM avait déposé un amendement tombé sous le couperet de l'article 40.

La loi prévoit trois situations ouvrant le droit à un complément du mode de garde : un parent à temps partiel, qui aurait des horaires de garde spécifiques ou qui serait porteur d'un handicap.

Une distinction dès 2012 a été faite entre reconnaissance du handicap et invalidité. Pourquoi ne pas considérer de même ces deux situations ?

L'article 45 est adopté.

ARTICLE 46

M. Antoine Karam. – Dans le cadre de l'abaissement à 3 ans de l'âge de la scolarité obligatoire, le droit au complément de libre choix du mode de garde (CMG) a été modifié. Dans certains territoires, le manque de places disponibles empêche les enfants d'être scolarisés dans leur totalité avant l'âge de 6 ans.

Quelque 98 % des enfants de 3 ans sont scolarisés dans l'hexagone contre moins de 70 % en Guyane et à Mayotte, où le taux remonte à 94 % à 4 et 5 ans.

L'abaissement à 3 ans de la scolarité obligatoire est un défi immense en termes d'infrastructures et de ressources humaines, compte tenu des difficultés à chaque rentrée. J'espère que nous serons en mesure d'accueillir tous les enfants dès 3 ans partout. Le CMG contribue à réduire l'éloignement des femmes par

rapport au marché du travail ; malheureusement, il n'est pas encore applicable à Mayotte.

Mme Viviane Malet. – Amendement n°2 rectifié *bis*, présenté par Mmes Malet, Dindar, Micouleau, Lassarade, L. Darcos, Renaud-Garabedian et Garriaud-Maylam, MM. Charon et Mouiller, Mmes de Cidrac, Gruny, Procaccia et Raimond-Pavero, M. Sol, Mmes Lanfranchi Dorgal et Guidez, MM. Lefèvre, D. Laurent, Joyandet, Gilles, Rapin et L. Hervé, Mme Bories, MM. Mandelli et Magras, Mmes N. Delattre, Boulay-Espéronnier, Berthet et de la Provôté et MM. Moga, Segouin, Sido et Gremillet.

I. – Alinéas 6 à 8 et 10

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

IV. – Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020 et celles issues du 3° du I s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

Mme Viviane Malet. – Cet amendement conserve la logique actuelle de versement de l'Allocation de rentrée scolaire (ARS) dès le début de la scolarité obligatoire, sous condition de ressources, pour que les familles continuent à être aidées au moment de la rentrée scolaire.

La scolarisation des enfants entraîne des frais que certaines familles peuvent avoir des difficultés à prendre en charge, et cela dès l'école maternelle. Il est donc cohérent de maintenir la concordance entre le versement de cette allocation et le début de la scolarité.

M. le président. – Amendement n°419 rectifié, présenté par Mme Féret et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéas 6 à 8

Supprimer ces alinéas.

Mme Corinne Féret. – Je partage les arguments qui viennent d'être présentés. Nous sommes opposés à la dé-corrélation du versement de l'allocation de rentrée scolaire avec l'âge de la scolarité obligatoire.

Actuellement, la scolarisation des 98 % d'enfants scolarisés à 3 ans ne donne pas lieu au versement de l'ARS. Certes, les dépenses liées à l'entrée en maternelle sont inférieures à celles liées à l'entrée en élémentaire. C'est pourquoi deux branches distinctes sont nécessaires : le décret doit prendre en compte les enfants de 3 à 6 ans qui recevront une allocation inférieure aux enfants de plus de 6 ans. L'équité est la base de la pyramide de l'égalité.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure. – Ces amendements sont justifiés. Quelque 97 % des enfants de 3 ans sont scolarisés et 100 % des enfants de 4 et 5 ans. Or leurs parents ne reçoivent pas

d'ARS. Toutefois, avis défavorable car sans recette supplémentaire, on réduira le montant de l'ensemble des prestations versées.

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

L'amendement n°2 rectifié bis n'est pas adopté.

L'amendement n°419 rectifié n'est pas adopté.

L'article 46 est adopté.

ARTICLE 47

Mme Laurence Cohen. – Cet article harmonise les modalités d'indemnisation des congés maternité, pour en faire bénéficier les indépendantes. Il va globalement dans le bon sens.

À l'Assemblée nationale, cet article n'a suscité aucun débat. La commission des affaires sociales a en revanche posé des questions sur les modalités concrètes, tout comme la délégation aux droits des femmes. Voici le dilemme : faut-il contraindre les femmes, pour leur assurer une protection plus grande, à une durée minimale de cessation d'activité pour toucher l'indemnité journalière ? Il ne faut pas que la mesure crée des effets pervers qui poussent les femmes à renoncer au congé maternité.

Je regrette, avec le groupe CRCE, le refus du Gouvernement de suivre la directive européenne qui fait passer le congé maternité de 14 à 20 semaines. *A priori*, le Gouvernement est favorable à plus d'égalité entre les femmes, mais pour l'égalité femme/homme, il va falloir attendre encore.

Mme Patricia Schillinger. – Cet article améliore l'attractivité du congé maternité pour les indépendantes, avec une durée minimale de 8 semaines incluant 2 semaines de congé prénatal. Il crée une indemnité forfaitaire si l'allocation de remplacement ne peut être versée.

L'objectif, conforme aux engagements du président de la République, est que l'ensemble des Françaises bénéficient d'un congé maternité complet et effectif. Aujourd'hui, seulement 58 % des agricultrices non salariées peuvent être remplacées pendant leur congé maternité.

Cet article fait évoluer le cadre et harmonise par le haut les droits.

M. le président. – Amendement n°95, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéas 2 à 12

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéas 17 et 18

Remplacer les mots :

pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale

par les mots :

pendant une durée minimale fixée par décret

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Cet amendement revient sur la mise en place d'une durée minimale d'interruption d'activité de huit semaines conditionnant le bénéfice des prestations de maternité pour les travailleuses non salariées.

Ce dispositif est présenté comme plus protecteur de ces travailleuses, mais il pourrait en pratique conduire certaines d'entre elles à se trouver contraintes de renoncer à toute forme d'indemnisation.

Les travailleuses non salariées, pour certaines, doivent assurer une activité dans les semaines qui précèdent ou suivent leur accouchement pour garantir la viabilité de leur entreprise.

La mesure proposée pourrait conduire certaines femmes à privilégier la poursuite de leur activité plutôt que le bénéfice des prestations de maternité. Il pourrait en résulter une dégradation de l'indemnisation du congé de maternité pour les travailleuses non salariées, à rebours de l'objectif affiché. Celles qui s'arrêteront moins de 56 jours n'auront plus droit à rien. C'est un recul.

Cet amendement propose donc de régler les situations des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles de manière différenciée : pour les travailleuses indépendantes, il revient au droit existant, plus protecteur en ce qu'il ne conditionne pas le versement de l'allocation de repos maternel à une durée minimale d'interruption d'activité ; pour les exploitantes agricoles, pour lesquelles le régime proposé par le présent article comprend des avancées, il renvoie la définition de la durée minimale de cessation d'activité à la voie réglementaire.

Afin de ne pas pénaliser les femmes qui pourraient se trouver contraintes de reprendre leur activité rapidement pour garantir la pérennité de leur entreprise, cette durée minimale devrait être plus proche de trois à quatre semaines.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Votre amendement est contradictoire avec notre objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant, suivant les préconisations du rapport de Marie-Pierre Rixain. En moyenne, la durée d'interruption des travailleuses indépendantes est de soixante-dix jours, bien au-delà de la durée minimale prévue par le texte.

Un amendement de Mme Rixain à l'Assemblée nationale a donné la possibilité de reprendre l'activité à temps partiel après les huit semaines de congé. Avis défavorable.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Dans son rapport, Mme Rixain recommandait aussi de prendre en compte les spécificités de l'activité libérale. Je maintiens cet amendement.

Mme Laure Darcos. – Nous avons beaucoup discuté de cet amendement au sein de la délégation aux droits des femmes et nous le soutenons à 400 %.

Pour les femmes agricultrices, il faut absolument voter cet amendement. Il faut leur laisser la possibilité de gérer leur congé maternité comme elles l'entendent.

Mme Colette Mélot. – L'article 47 part d'un bon sentiment mais il risque d'augmenter le non-recours au droit au congé maternité par les femmes sur lesquelles repose le fonctionnement de leur entreprise. Privilégions le dispositif plus souple introduit par la commission des affaires sociales. Je voterai cet amendement.

Mme Nassimah Dindar. – Cet amendement porte une certaine vision de l'égalité hommes-femmes. Doit-elle être dans la différence ou la ressemblance ? Nous plaidons pour le premier cas, c'est la position de la délégation aux droits des femmes, conduite par Annick Billon.

L'amendement n°95 est adopté.

M. le président. – Amendement n°634, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 21

Après les mots :

sont ajoutés les mots :

Rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

« ou, lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. » ;

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Amendement de précision.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°634 est adopté.

Mme Catherine Conconne. – Madame la ministre, à chaque fois que vous avez pris un engagement, vous l'avez tenu. Madame, les yeux dans les yeux, je vous le demande, ce dispositif d'indemnité journalière sera-t-il bien appliqué aux DOM ? À ce jour, ce n'est pas le cas. On attend toujours le décret vaguement annoncé depuis 2014. Il y a des femmes isolées et indépendantes qui travaillent dans l'agriculture et qui font des enfants, et c'est tant mieux pour notre démographie. Solennellement, je vous demande que ce dispositif soit appliqué dans la France de l'autre côté !

L'article 47, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°408 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser. »

Mme Michelle Meunier. – Cet amendement autorise les femmes à s'adresser, sur prescription de leur sage-femme, à un médecin spécialiste, sans passer par leur médecin traitant et sans être pour autant pénalisées financièrement. Cela place la sage-femme dans une logique de coordination des soins. Cette mesure est une source d'économie pour la sécurité sociale dès lors que les femmes ne seront plus tenues, comme aujourd'hui, de consulter leur médecin traitant pour obtenir la prescription d'examens que les sages-femmes sont déjà en mesure de prescrire.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait. Aujourd'hui il suffit d'avoir un médecin traitant pour accéder à un spécialiste. La possibilité existe déjà de fait, en raison de la souplesse rendue nécessaire par le manque de médecins généralistes. De plus, je continue à penser que pour un parcours de soins coordonnés, il est bon de passer par un médecin traitant.

Dans le cadre de l'avenant 4 à la convention collective, la place des sages-femmes dans la mise en œuvre des priorités de santé publique a été renforcée, et leur rôle de suivi, d'information et de prévention en matière de contraception, mais aussi de sensibilisation aux comportements à risques pendant la grossesse a été valorisé.

L'amendement n°408 rectifié est retiré.

ARTICLE 47 BIS

Mme Michelle Meunier. – Nous sommes favorables à l'allongement du congé paternité par cet article lorsque le nouveau-né a besoin de soins intensifs ou de réanimation. Mais vous ratez une occasion d'aller plus loin pour l'ensemble des pères.

Notre budget alternatif propose un allongement du congé paternité à un mois. Nous ne pouvons pas le présenter par amendement pour cause d'irrecevabilité, non plus que le doublement du congé de naissance rémunéré par l'employeur, de trois à six jours. Nous regrettons que la France soit si loin de l'Espagne qui fait montre de bien plus d'ouverture.

L'article 47 bis est adopté.

L'article 47 ter est adopté.

ARTICLE 47 QUATER

M. le président. – Amendement n°96, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Après le mot :

bénéficiaire,

insérer les mots :

le cas échéant et

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est un amendement de précision.

L'amendement n°96, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 47 quater, modifié, est adopté.

ARTICLE 47 QUINQUIES

M. le président. – Amendement n°97, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – C'est un amendement de cohérence...

M. le président. – Et de suppression !

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – ...après notre vote sur l'article 47.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il s'agit de la possibilité de reprise progressive à temps partiel pour les travailleuses indépendantes pendant leur congé. Avis défavorable, par cohérence !

L'amendement n°97 est adopté et l'article 47 quinquies est supprimé.

L'article 48 est adopté.

ARTICLE 49

M. le président. – Amendement n°423 rectifié, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Cet article remet en cause les principes qui régissent les prestations et minima sociaux en autorisant la récupération des indus de prestations sur toutes les autres sans distinction, y compris les minima sociaux et les prestations en espèces de l'assurance maladie. C'est faire peser sur les personnes fragiles économiquement les mauvaises gestions des administrations. De plus, il n'est pas envisageable de permettre une telle perméabilité entre les prestations puisque toutes sont différentes en ce sens qu'elles ont des finalités propres, des modalités de calculs spécifiques mais elles sont surtout le résultat de mécanismes différents.

M. le président. – Amendement identique n°555, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

M. Pierre Ouzoulias. – Les prestations de l'assurance-maladie sont des revenus de remplacement pour lesquels les personnes ont cotisé. Elles sont indispensables à des personnes qui sont

parfois tout juste au-dessus du seuil de subsistance. Certaines sont insaisissables. Leur fongibilité placera leurs bénéficiaires dans une forte dépendance et une vulnérabilité accrue.

Madame la ministre, lors de notre débat sur l'article 17, vous vous êtes montrée très bienveillante pour les entreprises, nous aurions souhaité que cette bienveillance s'appliquât aussi aux individus.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Avis défavorable : la récupération des indus est une nécessité pour les caisses, le mécanisme est protecteur pour les personnes puisque leur accord est requis.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait, sinon rejet.

Les amendements identiques n^{os} 423 rectifié et 555 ne sont pas adoptés.

L'article 49 est adopté.

L'article 50 est adopté, de même que les articles 51, 51 bis et 52.

ARTICLE 53

M. le président. – Amendement n°557, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

Rédiger cette colonne :

Objectif de dépenses
90,9
82,9
9,5
11,4
3,6
2
200,3

Mme Laurence Cohen. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, rapporteure. – Vous proposez une meilleure répartition de l'Ondam. La nécessité de mieux le calibrer appelle d'autres mesures. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Nous contestons la fixation de l'Ondam à 2,5 % : c'est notoirement insuffisant et cela imposera des restrictions budgétaires. C'est pourquoi nous avons réduit les fonds affectés à la médecine de ville pour les réaffecter aux postes de dépenses qui en ont le plus besoin : l'hôpital, les établissements médico-sociaux. Nous entrons dans votre logique pour formuler des contre-propositions ; chose difficile...

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous mettez en cause la sincérité de la budgétisation de l'Ondam

hospitalier. L'Ondam de ville comprend bien plus que la pratique des professionnels libéraux : les indemnités journalières qui augmentent de 4,5 % par an, le transport avec une dynamique de hausse de 5 %, les médicaments prescrits à l'hôpital mais achetés en ville. L'Ondam des établissements de santé est fixé à 2,4 % pour l'an prochain, c'est la progression la plus élevée depuis cinq ans, avec une hausse de 40 % pour le soutien à l'investissement. L'Ondam des établissements médicaux sociaux est fixé à 2,7 % avec une accélération de la convergence tarifaire.

Nous avons construit un Ondam sincère avec 400 millions d'euros en plus pour la transformation de notre système de soins.

L'amendement n°557 n'est pas adopté.

L'article 53 est adopté.

ARTICLE 54

Mme Corinne Féret. – En 2018, pour la sixième année, la branche AT-MP est excédentaire en 2018. Les voyants sont au vert, ce qui ne signifie pas que les choses doivent rester en l'état. Il convient d'accroître les actions de prévention -3 % des dépenses seulement aujourd'hui - et adapter la branche à son époque pour tenir compte de ce fléau qu'est l'épuisement professionnel dit burn-out. Nous espérons que la concertation en cours donnera des fruits sur ces pathologies connues mais non reconnues.

Autre sujet, l'indemnisation pour les victimes des produits phytosanitaires. Je regrette que le Gouvernement n'ait pas profité de l'examen du projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire pour mettre en place le fonds proposé par notre collègue Nicole Bonnefoy. Le Sénat a voté sa proposition de loi en février dernier. Les victimes ne peuvent plus attendre, c'est une question de justice sociale. Nous proposerons un autre amendement sur le chlordécone, utilisé durant plus de vingt ans dans les bananeraies qui a pollué pour des siècles des écosystèmes.

Ce qui a été fait pour l'amiante doit être élargi. Et je viens d'un territoire fortement marqué par l'amiante, le Calvados, connu pour sa vallée de la mort autour de Condé-sur-Noireau. Les victimes sont en colère de ce que le parquet a requis un non-lieu. En matière d'amiante, on doit parler, non de date de contamination, mais de période d'exposition. Le droit est inadapté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°387 rectifié, présenté par Mme Féret et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du second alinéa de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , ainsi que des pathologies psychiques liées au travail ».

Mme Corinne Féret. – Les associations sont inquiètes à voir le rapport qui sert de base à la concertation en cours : la reconnaissance des troubles psychosociaux, dont le syndrome d'épuisement professionnel, font-ils bien partie intégrante de la discussion ?

M. le président. – Amendement identique n°558, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

M. Pierre Ouzoulias. – Ce que l'on appelait le *nervous breakdown* est devenu le *burn-out*. Je préfère, dans la langue de Molière, le terme *collapsus*. Un tiers des travailleurs pourraient être touchés, y compris dans la fonction publique. Pour mieux le connaître, des études statistiques seraient utiles.

M. Gérard Dériot, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. – La commission d'évaluation de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles se penche déjà sur ce sujet. Ils font l'objet d'une voie dérogatoire pour leur reconnaissance comme maladie professionnelle à travers les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le rapport de la commission chargée de la reconnaissance des maladies professionnelles se penche déjà sur les maladies de ce type. Rappelons néanmoins la difficulté de cette reconnaissance ; les pathologies psychiques sont, pour une bonne part, traitées comme des accidents du travail. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n°s 387 rectifié et 558 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°181 rectifié *ter*, présenté par MM. Perrin et Raison, Mme L. Darcos, MM. Rapin, Magras, Mouiller, Longuet, Vaspard, Mayet, D. Laurent, Longeot, Détraigne et Gremillet, Mme Lamure, MM. Mandelli et Darnaud, Mmes Deromedi et A.M. Bertrand, MM. Regnard et Lefèvre, Mmes N. Delattre et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Garriaud-Maylam, Grunty et Imbert et MM. Danesi, Babary, Duplomb, Genest et Segouin.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la loi ou le règlement prévoit des mesures alternatives de prévention des accidents du travail ou des maladies professionnelles, les caisses régionales ne peuvent, dans le cadre des dispositions générales qu'elles adoptent ou d'une injonction adressée à un

employeur sur le fondement du 1°, imposer ou exclure l'une ou plusieurs de ces mesures. Si elle estime qu'une mesure assure une prévention insuffisante, une caisse régionale en fait part sans délai à la caisse nationale de l'assurance maladie et aux autorités compétentes de l'État. »

M. Philippe Mouiller. – Les sur-prescriptions entraînent des travaux supplémentaires pour les entrepreneurs. Cet amendement vise, d'une part, à lutter contre ces sur-prescriptions des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et, d'autre part, à harmoniser les mesures de prévention sur l'ensemble du territoire.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Les Carsat sont dans leur rôle en émettant des propositions pour la sécurité des salariés et, si nécessaire, des injonctions. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Les propositions des Carsat peuvent être contestées auprès des Direccte. Les référentiels utilisés ont été élaborés par les partenaires sociaux de la branche. Cet amendement présente un fort risque de contentieux.

M. Philippe Mouiller. – Les interprétations des Carsat varient selon les territoires, ce qui incite les collectivités territoriales à saisir massivement les tribunaux administratifs. Soit le référentiel n'est pas bon, soit il est mal appliqué.

L'amendement n°181 rectifié ter est retiré.

M. le président. – Amendement n°465 rectifié *ter*, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés aux articles L. 1313-1 et L. 1413-1 du code de la santé publique et à l'article L. 4642-1 du code du travail remettent tous les trois ans aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du travail, au directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale et au président du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime un rapport examinant les besoins de création ou de révision des tableaux mentionnés aux alinéas précédents, à partir de données épidémiologiques réactualisées dans le domaine de la santé au travail. »

M. Bernard Jomier. – Le processus d'évolution des tableaux des maladies professionnelles n'est pas satisfaisant. La Cour des comptes regrettaît déjà en 2008 que la présomption d'imputabilité relève davantage de la négociation que de critères scientifiquement établis ; vous l'avez d'ailleurs reconnu devant la commission des affaires sociales, madame

la ministre. Il convient que les agences concernées transmettent tous les trois ans des propositions d'évolution des tableaux. Il sera de la responsabilité de l'État de s'emparer de ces points d'étape triennaux pour acter les modifications nécessaires.

Je remercie le rapporteur de ses conseils avisés pour la rédaction de cet amendement.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Cet amendement va dans le bon sens. Le Gouvernement dira que la commission d'évaluation de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles fait ce travail mais l'objectivation scientifique fait défaut. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le constat est partagé et je considère cet amendement comme d'appel. De fait, il y a une périodicité des révisions à l'initiative de l'État. La question, c'est surtout la méthode de révision et votre amendement ne la traite pas. Nous continuons à travailler sur la qualité scientifique des révisions. Retrait ?

M. Bernard Jomier. – L'amendement traite aussi du fond à travers l'appel aux agences sanitaires. Je m'en remets à la sagesse du rapporteur...

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Cet amendement aidera le Gouvernement à faire avancer le sujet.

L'amendement n°465 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°550 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I bis de l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi rédigé :

« I bis. – Pour la détermination de l'âge d'accès à l'allocation est prise en compte la durée totale du travail ouvrant droit à une cessation anticipée d'activité dans un ou plusieurs régimes, qu'il s'agisse du régime général de sécurité sociale dans les conditions mentionnées au troisième et septième alinéa du I du présent article ou de celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par ces dispositifs. »

Mme Laurence Cohen. – L'amiante tue encore... Pour faire valoir leurs droits, les victimes doivent encore accomplir un parcours du combattant. Certaines Carsat opposent une fin de non-recevoir à ceux qui ont été exposés à l'amiante mais étaient affiliés à un régime spécial, notamment les marins et dockers de Calais, Dunkerque et d'ailleurs, malgré les dispositions en ce sens de l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998. Clarifions la base légale.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – La loi est claire. Si les Carsat s'en éloignent, elles doivent être rappelées à l'ordre par la CNAM. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – C'est déjà dans la loi ; les difficultés peuvent être signalées aux services de médiation des caisses ou même au ministère. Je m'assurerai que la règle est appliquée. Retrait ?

Mme Laurence Cohen. – Je maintiens l'amendement au nom de Cathy Apourceau-Poly.

L'amendement n°550 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°440 rectifié, présenté par M. Lurel et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un décret pris en Conseil des ministres fixe les conditions de la reconnaissance en tant que maladie professionnelle des affections provoquées par l'exposition à la chlordécone.

Mme Victoire Jasmin. – Le président de la République s'est engagé lors de son voyage dans les Antilles sur la reconnaissance des maladies professionnelles liées au chlordécone. Ce pesticide toxique utilisé durant plus de vingt ans dans les bananeraies a pollué nos sols pour des siècles. Conçu pour lutter contre le charançon du bananier, classé cancérigène possible dès 1979 par l'OMS, il n'a été définitivement interdit aux Antilles que le 30 septembre 1993.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – L'Inserm et l'Anses rendront leurs travaux en mars prochain à partir desquels les partenaires sociaux entameront leurs négociations sur les conditions de reconnaissance des maladies en lien avec l'exposition à cette molécule. Votre amendement est donc satisfait. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons tenu nos engagements. Les instances des branches AT-MP des régimes général et agricole ont inclus la problématique des produits phytopharmaceutiques, dont le chlordécone, dans leur programme de travail pour 2019. Les tableaux seront actualisés par décret simple avant la fin de 2019. Retrait ?

Mme Victoire Jasmin. – Mon amendement n'est pas satisfait, il est en cours d'obtenir satisfaction ; je le maintiens.

L'amendement n°440 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°474 rectifié, présenté par Mme Bonnefoy et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

« Section 1 – Réparation des divers préjudices

« Art. L. 253-19. – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices : les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1. »

« Section 2 – Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques

« Art. L. 253-20. – Il est créé un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il groupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

« Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

« Art. L. 253-21. – Le demandeur justifie de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

« En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à l'article L. 253-23 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

« Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.

« Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre

l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.

« Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

« Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical et du secret industriel et commercial.

« Art. L. 253-22. – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.

« Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques.

« Art. L. 253-23. – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« Art. L. 253-24. – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

« Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.

« Art. L. 253-25. – Le fonds est financé par :

« 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2 ;

« 2° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-23 ;

« 3° Les produits divers, dons et legs.

« Art. L. 253-26. – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

« Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :

« – pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;

« – pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques. »

« Art. L. 253-27. – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril.

« Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le délai fixé au premier alinéa de l'article L. 253-23 est porté à douze mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné au précédent alinéa. »

II – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

Mme Corinne Féret. – Cet amendement reprend l'intégralité de la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, déposée par le groupe socialiste du Sénat et adoptée à l'unanimité au Sénat le 1^{er} février 2018.

Il permet la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques par la création d'un fonds d'indemnisation abondé par les fabricants de ces produits. Il restreint toutefois le champ de son action aux maladies d'origine professionnelle.

La création de ce fonds est en phase avec les conclusions d'un récent rapport publié par trois inspections d'État : IGAS, IGF et CGAAER.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cette préoccupation a été introduite dans la loi EGalim à l'article 80 à travers une demande de rapport sur le

sujet, préalable à la création du fonds. Pourquoi y revenir ? D'autant que nous attendons aussi les conclusions du rapport de l'Inserm et de l'Anses qui définira le périmètre des maladies professionnelles. Retrait ?

L'amendement n°474 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°559, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est instauré un malus, fixé par voie réglementaire, sur les cotisations des employeurs dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les entreprises n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle.

La détermination de l'effort de l'employeur en matière de prévention et de lutte contre les maladies professionnelles se fait sur la base de critères définis par voie réglementaire à partir du bilan social de l'entreprise, défini aux articles L. 2312-28 à L. 2312-35 du code du travail.

M. Pierre Ouzoulias. – Reprenant une proposition inscrite dans le rapport parlementaire « Maladies professionnelles dans l'industrie : mieux connaître, mieux reconnaître, mieux prévenir », reprise par M. Didier Migaud, président de la Cour des comptes, lors de son audition par la commission des affaires sociales du 9 octobre 2018, cet amendement relève les taux de cotisations auprès de la branche AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée.

Les employeurs manquant à leurs obligations doivent être sanctionnés et leur impérite ne doit pas retomber sur la branche AT-MP. Nous proposons un dispositif fondé sur les cotisations sociales qui prend en compte le nombre de salariés et la tâche de l'entreprise.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – À partir de 2022, il sera possible de majorer, dans une limite de 10 %, les cotisations des entreprises de 10 à 19 salariés ayant un taux de sinistralité élevé. Le code de la sécurité sociale autorise déjà les Carsat à appliquer une cotisation supplémentaire aux entreprises manquant à leurs obligations de prévention. Retrait, sinon rejet.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°559 n'est pas adopté.

L'article 54 bis est adopté.

ARTICLE 55

L'amendement n°565 rectifié bis n'est pas défendu.

L'article 55 est adopté.

Les articles 56, 57 et 58 sont adoptés.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°473 rectifié, présenté par M. Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, publie le 1^{er} janvier de chaque année, un rapport permettant de mesurer annuellement le taux de non-recours aux minimas sociaux. Ce rapport présente de manière précise et détaillée une évaluation du coût économique du non-recours aux minimas sociaux.

M. Yves Daudigny. – Cet amendement instaure une mesure annuelle des taux de non-recours aux minima sociaux et crée à cet effet une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes, chargée de rédiger et publier ce rapport le 1^{er} janvier de chaque année. Nous sommes actuellement dans l'incapacité de chiffrer ce phénomène.

Une prestation sociale est accessible si elle trouve son public, si la fraction de la population qu'elle est destinée à aider la reçoit. La persistance d'un taux de non-recours élevé à une prestation doit inciter les pouvoirs publics à réexaminer la façon même dont elle a été conçue, et à s'interroger sur sa pertinence. Sortons de l'omerta.

M. Gérard Dériot, rapporteur. – C'est une demande de rapport.

M. Yves Daudigny. – Ce n'est pas la première...

M. Gérard Dériot, rapporteur. – Justement ! Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La lutte contre le non-recours aux droits est un objectif majeur de notre stratégie de lutte contre la pauvreté, notamment grâce à un « data mining », c'est-à-dire un travail sur les données permettant d'identifier les personnes n'ayant pas recours au droit.

Un rapport annuel de plus sur le sujet n'est pas pertinent d'autant que nous avons demandé à la CNAF d'évaluer le taux de non-recours. Retrait ou avis défavorable.

M. Yves Daudigny. – N'étant pas parmi les premiers signataires de l'amendement, je ne puis le retirer.

L'amendement n°473 rectifié n'est pas adopté.

La quatrième partie du PLFSS, modifiée, est adoptée.

M. Alain Milon, président de la commission. – Merci, madame la ministre, de votre sourire, de votre intelligence et de votre empathie malgré les turbulences. Merci également aux rapporteurs. Monsieur le président, j'ai apprécié la main de fer dans le gant de velours des présidents successifs...

Le texte initial comptait 58 articles, un nombre passé à 87 à l'Assemblée nationale, puis 95 au Sénat qui a adopté 51 articles conformes, en a modifié 29, supprimé 7 et ajouté 22 articles additionnels.

J'ai apprécié la façon dont nous avons travaillé avec M. Darmanin ; beaucoup moins son interview de ce matin sur BFM-TV où il a dénoncé « l'hypocrisie » du Sénat. Il nous reproche d'avoir pris un milliard d'euros sur les retraites. Nous avons simplement prélevé un milliard sur les OCAM. Je salue donc M. Darmanin en espérant que l'hypocrisie n'est pas partagée...

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Au nom de M. Darmanin et de moi-même, je salue le travail de très grande qualité du Sénat. J'ai toujours plaisir à venir devant vous défendre un texte. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, UC et Les Républicains)*

Prochaine séance, lundi 19 novembre 2018, à 16 heures.

La séance est levée à 19 h 20.

Jean-Luc Blouet

Direction des comptes rendus

Annexes

Ordre du jour du lundi 19 novembre 2018

Séance publique

À 16 heures et le soir

Présidence :

Mme Catherine Troendlé, vice-présidente
M. Jean-Marc Gabouty, vice-président

- Projet de loi de finances rectificative, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018 (n°121, 2018-2019).

Rapport de M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général, fait au nom de la commission des finances (n°129, 2018-2019).

Analyse des scrutins publics

Scrutin n°19 sur l'amendement n°93, présenté par M René-Paul Savary au nom de la commission des affaires sociales, tendant à insérer un article additionnel avant l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019.

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	340
Suffrages exprimés :	308
Pour :	197
Contre :	111

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (146)**

Pour : 144

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Philippe Dallier, Président de séance

Groupe SOCR (73)

Contre : 73

Groupe UC (51)

Pour : 51

Groupe RDSE (23)

Abstentions : 21

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Joël Labbé

M. Didier Guillaume, membre du Gouvernement

Groupe LaREM (22)

Contre : 22

Groupe CRCE (16)

Contre : 16

Groupe Les Indépendants (11)

Abstentions : 11

Sénateurs non inscrits (6)

Pour : 2

N'ont pas pris part au vote : 4 - M. Gérard Collomb, Mme Claudine Kauffmann, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier