

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 17 novembre 2017

(19<sup>e</sup> jour de séance de la session)



# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. DAVID ASSOULINE

### Secrétaires :

**MM. Éric Bocquet, Guy-Dominique Kennel.**

1. **Procès-verbal** (p. 5257)
2. **Inscription à l'ordre du jour d'un débat préalable à la réunion du Conseil européen** (p. 5257)
3. **Financement de la sécurité sociale pour 2018.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5257)

### QUATRIÈME PARTIE (SUITE) (p. 5257)

Articles additionnels après l'article 35 (p. 5257)

Amendement n° 14 rectifié *quinquies* de M. Gérard Dériot. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 496 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 207 rectifié *quater* de M. Didier Marie, 310 rectifié *sexies* de M. Jean-Claude Tissot, 421 rectifié *bis* de M. Maurice Antiste et 560 rectifié de M. Michel Raison. – Rejet des amendements n° 207 rectifié *quater*, 421 rectifié *bis* et 560 rectifié, l'amendement n° 310 rectifié *sexies* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 208 rectifié *ter* de M. Didier Marie. – Rejet.

Amendement n° 391 rectifié *bis* de M. Hervé Maurey. – Rejet.

Amendement n° 493 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 157 rectifié *quater* de Mme Florence Lassarde. – Retrait.

Amendement n° 510 de M. François Patriat. – Retrait.

Amendement n° 424 rectifié de M. René-Paul Savary. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 228 rectifié *quater* de Mme Florence Lassarde. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

### Article 35 *bis* (nouveau) (p. 5270)

Amendement n° 119 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

### Article 36 (p. 5270)

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Amendement n° 363 rectifié *ter* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 120 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 386 rectifié *bis* de M. Alain Houpert. – Rejet.

Amendement n° 12 rectifié *quinquies* de M. Gérard Dériot. – Retrait.

Amendement n° 13 rectifié *quinquies* de M. Gérard Dériot. – Retrait.

Amendements identiques n° 242 rectifié *quater* de Mme Annie Delmont-Koropoulos et 323 rectifié de M. Yves Daudigny. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 597 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 231 de M. Jean-Marie Morisset. – Retrait.

Amendement n° 366 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 121 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 354 rectifié *ter* de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 122 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 479 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

### Articles additionnels après l'article 36 (p. 5278)

Amendement n° 481 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 480 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 162 rectifié *ter* de M. Alain Houpert, 232 de M. Jean-Marie Morisset, 324 de M. Yves Daudigny et 430 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Adoption des quatre amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 482 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

### Article 37 (p. 5282)

Amendement n° 156 rectifié *ter* de Mme Florence Lassarde. – Retrait.

Amendement n° 123 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 338 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 124 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 37 (p. 5285)

Amendement n° 191 rectifié *bis* de Mme Patricia Morhet-Richaud. – Retrait.

Article 38 (p. 5286)

Amendement n° 325 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 153 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 180 rectifié *quater* de M. Bruno Gilles. – Retrait.

Amendement n° 182 rectifié *quater* de M. Bruno Gilles. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 38 (p. 5289)

Amendement n° 483 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 125 de la commission. – Retrait.

Article additionnel avant l'article 39 (p. 5291)

Amendement n° 485 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 39 (p. 5291)

Amendement n° 486 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 241 rectifié *ter* de Mme Annie Delmont-Koropoulis et 326 de M. Yves Daudigny. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 295 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Amendement n° 127 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 128 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 126 de la commission. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 39 (p. 5294)

Amendement n° 296 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 298 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 297 rectifié *ter* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Article 40 (p. 5295)

Amendements identiques n° 389 rectifié *bis* de M. Alain Houpert et 553 rectifié *ter* de M. René Danesi. – Adoption de l'amendement n° 389 rectifié *bis*, l'amendement n° 553 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 130 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 4 rectifié *quater* de Mme Chantal Deseyne, 233 de M. Jean-Marie Morisset et 243 rectifié *ter* de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 196 de la commission. – Retrait.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5300)

#### PRÉSIDENT DE M. PHILIPPE DALLIER

Amendements identiques n° 390 rectifié *bis* de M. Alain Houpert et 554 rectifié *ter* de M. René Danesi. – Non soutenus.

Amendement n° 131 de la commission. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 40 (p. 5300)

Amendement n° 489 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 487 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 41 (p. 5302)

Amendement n° 491 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 132 de la commission, 222 de M. Jean-Louis Tourenne, 348 rectifié de M. Guy-Dominique Kennel et 490 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des quatre amendements.

Amendement n° 327 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 383 rectifié *ter* de Mme Corinne Imbert. – Adoption.

Amendement n° 133 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 42 (p. 5307)

Amendement n° 134 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 181 rectifié *ter* de M. Bruno Gilles. – Non soutenu.

Amendement n° 392 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Devenu sans objet.

Amendement n° 135 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 398 rectifié de Mme Jocelyne Guidez. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 42 (p. 5310)

Amendement n° 5 rectifié *quater* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Amendement n° 6 rectifié *quater* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Article 43 (p. 5310)

Amendement n° 136 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 43 (p. 5311)

Amendement n° 432 de M. Pierre Médevielle. – Non soutenu.

Amendement n° 161 rectifié *ter* de M. Alain Houpert. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 193 rectifié *bis* de Mme Jacky Deromedi. – Retrait.

Amendement n° 224 de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Amendement n° 223 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Article 44 (p. 5315)

Amendement n° 263 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Amendement n° 234 rectifié *bis* de M. Jean-Marie Morisset. – Retrait.

Amendement n° 267 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Amendement n° 201 rectifié de Mme Françoise Gatel. – Non soutenu.

Amendement n° 236 rectifié de M. Jean-Marie Morisset. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 44 (p. 5317)

Amendements identiques n° 237 rectifié de M. Jean-Marie Morisset et 264 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Retrait de l'amendement n° 237 rectifié, l'amendement n° 264 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 266 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Amendement n° 265 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Amendement n° 269 rectifié de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Article 44 *bis* (nouveau) (p. 5317)

Mme Corinne Féret

M. Martin Lévrier

Amendement n° 328 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 137 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 340 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 339 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Adoption, par scrutin public n° 25, de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 44 *bis* (p. 5323)

Amendement n° 498 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 44 *ter* (nouveau) (p. 5324)

Amendement n° 175 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 44 *ter* (p. 5324)

Amendement n° 545 rectifié de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Articles 45 et 46 – Adoption. (p. 5326)

Article 47 (p. 5326)

Mme Catherine Deroche, rapporteur

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 47 (p. 5326)

Amendement n° 329 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 341 de M. Alain Milon. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 48 (p. 5328)

Amendement n° 140 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 302 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing, 346 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau, 547 de M. Philippe Mouiller et 549 de M. Bruno Gilles. – Rejet des amendements n° 302 rectifié *bis*, 346 rectifié *bis* et 547, l'amendement n° 549 n'étant pas soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 48 (p. 5329)

Amendement n° 422 rectifié de M. Maurice Antiste. – Rejet.

Amendement n° 574 de Mme Marie-Noëlle Lienemann. – Rejet.

Amendement n° 226 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Retrait.

Article 49 (p. 5332)

Amendement n° 538 de M. Stéphane Ravier. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 304 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing et 345 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait des deux amendements.

M. René-Paul Savary

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 49 (p. 5333)

Amendement n° 500 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 178 rectifié *ter* de M. Édouard Courtial. – Non soutenu.

Article 50 (p. 5335)

M. Philippe Mouiller

Amendement n° 501 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 141 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 557 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Retrait.

Amendement n° 142 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 143 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 214 de Mme Marie-Noëlle Lienemann. – Devenu sans objet.

Amendement n° 303 rectifié *quater* de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Mme Annie Delmont-Koropoulis

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 50 (p. 5339)

Amendement n° 515 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Non soutenu.

Amendement n° 225 de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Amendement n° 497 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 50 *bis* (*nouveau*) (p. 5343)

Amendement n° 144 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 145 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 50 *bis* (p. 5344)

Amendement n° 166 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 190 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 51 (p. 5346)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 146 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 352 rectifié *ter* de Mme Corinne Imbert, 388 rectifié de Mme Michelle Meunier et 502 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet de l'amendement n° 502 rectifié, les amendements n° 352 rectifié *ter* et 388 rectifié n'étant pas soutenus.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 51 (p. 5348)

Amendement n° 307 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Article 52 – Adoption. (p. 5349)

Article 53 (p. 5349)

M. Dominique Watrin

Adoption de l'article.

Article 54 (p. 5350)

Amendement n° 309 rectifié *quinquies* de M. Jean-Claude Tissot. – Rejet.

Mme Laurence Cohen

M. Yves Daudigny

Mme Marie-Noëlle Lienemann

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Adoption, par scrutin public n° 26, de l'article.

Articles 55 et 56 – Adoption. (p. 5352)

Article additionnel après l'article 56 (p. 5353)

Amendement n° 507 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 57 (p. 5353)

Amendements identiques n° 504 de Mme Laurence Cohen et 539 de M. Stéphane Ravier. – Rejet de l'amendement n° 504, l'amendement n° 539 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 541 de M. Stéphane Ravier. – Non soutenu.

Amendement n° 147 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 148 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 149 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 57 (p. 5356)

Amendement n° 505 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 540 de M. Stéphane Ravier. – Non soutenu.

Amendement n° 437 rectifié *quater* de M. Xavier Iacovelli. – Rejet.

Amendement n° 506 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 543 de M. Stéphane Ravier. – Non soutenu.

Amendement n° 542 de M. Stéphane Ravier. – Non soutenu.

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie (p. 5360)

M. Yves Daudigny

Mme Marie-Noëlle Lienemann

M. Daniel Chasseing

M. Martin Lévrier

Mme Laurence Cohen

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Mme Agnès Buzyn, ministre

Adoption, par scrutin public n° 27, de l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi, modifiée.

Renvoi de la suite de la discussion.

4. **Ordre du jour** (p. 5360)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTENCE DE M. DAVID ASSOULINE

**vice-président**

**Secrétaires :**

**M. Éric Bocquet,  
M. Guy-Dominique Kennel.**

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à neuf heures quarante.)*

1

## PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

## INSCRIPTION À L'ORDRE DU JOUR D'UN DÉBAT PRÉALABLE À LA RÉUNION DU CONSEIL EUROPÉEN

**M. le président.** Par lettre en date du mercredi 15 novembre 2017, M. Jean Bizet, président de la commission des affaires européennes, a demandé l'inscription à l'ordre du jour d'un débat préalable au Conseil européen des 14 et 15 décembre 2017. Ce débat pourrait être inscrit à l'ordre du jour du mardi 12 décembre 2017, à l'issue du scrutin public à la tribune sur l'ensemble du projet de loi de finances pour 2018.

Y a-t-il des observations?...

Il en est ainsi décidé.

3

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2018 (projet n° 63, rapport n° 77 [tomes I à III], avis n° 68).

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre IV de la quatrième partie, aux amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 35.

## QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2018

#### TITRE IV (SUITE)

### DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

#### Chapitre II (suite)

#### PROMOUVOIR L'INNOVATION EN SANTÉ

### Articles additionnels après l'article 35

**M. le président.** L'amendement n° 14 rectifié *quinquies*, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Berthet, MM. Savary, Morisset, Chaize, Gilles, Bonhomme et Pillet, Mme Garriaud-Maylam, M. D. Laurent, Mme Primas, M. Cardoux, Mme Procaccia, MM. Dallier, Saury, Revet et Bonne, Mme Morhet-Richaud, M. Cornu, Mme Troendlé, M. Mouiller, Mme M. Mercier, M. Leroux, Mme F. Gerbaud, MM. Dufaut et Kennel, Mme Micouleau, M. Longuet, Mme Lassarade, MM. B. Fournier, Pellevat, Lefèvre, Raison, Perrin et Bazin, Mmes Giudicelli, Lamure et Deromedi, MM. Paul, Paccaud, Cambon, Huré, Chatillon, Darnaud, Daubresse, Laménie, Mandelli, Le Gleut, Buffet et Milon, Mme Bonfanti-Dossat et M. Husson, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

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

Ces informations seraient également utiles aux pharmaciens biologistes, car les traitements pris par les patients peuvent influencer les résultats des examens de biologie médicale et impacter l'expertise du biologiste. Par exemple, lorsqu'un patient traité sous anti-vitamine K, un anticoagulant, vient tester son INR, ou *International Normalised Ratio*,

le biologiste a besoin de savoir quel médicament et quel dosage lui ont été prescrits. Il doit en effet, le cas échéant, alerter le patient et le prescripteur, afin que ce dernier ajuste la prescription.

De plus, la connaissance des médicaments pris par les patients est indispensable, car certains médicaments interfèrent avec les méthodes de dosage en biologie médicale. C'est le cas de la biotine, par exemple, qui a fait l'objet d'une alerte récente de l'ANSM.

Par ailleurs, l'ensemble des médecins des établissements de santé ont aujourd'hui accès au dossier pharmaceutique. Les médecins biologistes des établissements de santé ont donc accès à ces données, à l'inverse des pharmaciens biologistes de ces mêmes établissements, lesquels représentent pourtant 80 % des biologistes en France. Il est donc indispensable qu'ils l'obtiennent également.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie.** La commission a jugé cette évolution tout à fait pertinente, même si l'on peut se demander si elle a sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Gérard Dériot.** C'est vrai !

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Mais comme elle est en effet susceptible de contribuer à la pertinence et à la qualité des soins, l'avis est favorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 14 rectifié quinquies.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

L'amendement n° 496 rectifié, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Nous avons bien lu le plan présenté par le Gouvernement pour renforcer l'accès territorial aux soins. Il prévoit de lutter contre les déserts médicaux en fournissant des aides supplémentaires à l'installation, en facilitant le cumul emploi-retraite des médecins libéraux ou les pratiques mixtes, pour ne citer que ces exemples.

Ces mesures ne semblent pas différer fondamentalement, dans leur philosophie, des incitations mises en place par les gouvernements précédents, qui ont malheureusement fait la preuve de leur échec. Mais je sais qu'il y aura une évaluation ; c'est un progrès.

Les données statistiques disponibles semblent confirmer l'analyse du géographe de la santé Emmanuel Vigneron, qui conclut que, sous l'effet de la métropolisation, les fractures se sont agrandies et que de vastes pans du territoire sont désormais en voie de désertification. Dans mon département, le Pas-de-Calais, qui est à la fois très rural et très urbain, il manque deux cents généralistes et plus de mille spécialistes pour atteindre la densité moyenne nationale, alors que les taux de surmortalité évitable battent tous les records.

Si, dans la métropole lilloise, la densité est largement supérieure à la moyenne du fait de l'attractivité du CHRU, c'est le contraire dans certains territoires du Pas-de-Calais, département injustement privé de CHU. Dans le Saint-Polois, très rural, la densité médicale atteint péniblement la moitié de la moyenne nationale ; dans le bassin minier, particulièrement touché, du fait de son histoire, par les problèmes respiratoires qu'évoquait le ministre Darmanin, le service de pneumologie de l'hôpital de Lens vient de fermer, de même que le service de cardiologie de l'hôpital de Béthune, faute de spécialistes. À Auchel, le centre de santé a compté jusqu'à quinze spécialités, mais il vient de fermer. Les moyens obtenus de l'ARS, grâce à l'action des élus, pour mener le dépistage de la rétinopathie diabétique et réinstaller deux fauteuils dentaires, n'ont pas donné de résultat, car aucun ophtalmo ni aucun chirurgien-dentiste n'a voulu s'installer sur ce territoire de l'ouest du bassin minier, particulièrement frappé par la crise.

Il ne s'agit pas pour nous d'instruire un quelconque procès contre les médecins, mais de faire le constat de l'insuffisance, voire de l'échec des mesures incitatives déjà prises au regard de la désertification médicale et de l'impératif d'égalité des citoyens devant la maladie. Tel est le sens de notre amendement, lequel prévoit, à l'instar de ce qui est demandé aux jeunes enseignants, que les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral s'installent pour une durée d'au moins deux ans dans un territoire sous-doté.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement est le premier d'une série concernant la question de la liberté d'installation des médecins au regard des enjeux de l'accès aux soins dans nos territoires. Je m'exprimerai plus longuement sur les amendements qui suivent.

Conformément à une position qu'elle défend depuis longtemps, la commission est défavorable à cet amendement, qui vise à recourir à la contrainte pour l'affectation des jeunes médecins à la sortie de leurs études, parce qu'une telle mesure ne serait pas de nature à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Comme vous le savez, nous venons de présenter un plan d'accès territorial aux soins, dans lequel nous avons souhaité changer de paradigme et ne pas tout miser sur l'installation de médecins dans des territoires qui, de fait, manquent d'attractivité pour une raison ou pour une autre.

La politique coercitive atteint ses limites dès lors qu'il s'agit d'une profession dont la démographie est faible. Une telle politique a été utile pour réguler l'installation des infirmières, parce que cette profession est surdotée. Mais, lorsque l'on manque de médecins dans tous les territoires, elle va favoriser, par exemple, le fait que les jeunes femmes médecins qui sortent de la faculté choisiront un emploi salarié, comme médecin du travail ou comme médecin scolaire, domaines dans lesquels les praticiens manquent par dizaines, plutôt qu'une installation en zone sous-dotée.

Il ne me semble pas que nous atteindrons notre but ainsi. C'est la raison pour laquelle, dans le plan d'accès territorial aux soins, plutôt que de tout miser sur l'installation, même si des mesures incitatives continuent d'exister, nous avons prévu de projeter du temps médical dans les territoires sous-dotés. Nous parions donc sur une réorganisation de l'offre de soins, par laquelle du temps médical sera donné soit par un hôpital de proximité, soit par les médecins libéraux du territoire. Une forme de responsabilité territoriale est donc conférée aux CPTS et aux hôpitaux. L'ARS devra se mettre en ordre de marche afin d'organiser ainsi le territoire.

Beaucoup de mesures incitatives sont prévues afin que des médecins donnent du temps médical, notamment une revalorisation du « C » de la consultation de 25 % ou des postes partagés d'assistants entre les hôpitaux et les zones sous-dotées. Nous entendons en outre favoriser la découverte de l'exercice libéral par les jeunes, externes ou internes, en zones sous-dotées.

Par ailleurs, il existe déjà des contrats de service public, par lesquels de jeunes médecins s'engagent, sur la base du volontariat, à aller en zones sous-dotées en échange d'une bourse d'études ; 1 795 contrats de ce type ont été signés à ce jour, et ils ont vocation à perdurer.

Je suis donc défavorable à cet amendement, même si je partage le constat des difficultés rencontrées sur le territoire.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

**Mme Nathalie Goulet.** Il est vrai que nous attendons un plan intelligent qui laisse faire les territoires et qui permette les expérimentations. C'est ce que vous allez proposer, madame la ministre, et nous y sommes évidemment favorables. Néanmoins, par principe, je vais soutenir l'amendement déposé par nos collègues du groupe communiste.

Je sais que les mesures contraignantes ne sont pas efficaces, mais, après tout, nous ne les avons jamais vraiment essayées. Nous les avons inscrites dans la loi Bachelot portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elles avaient été votées au Sénat et à l'Assemblée nationale, avant qu'une proposition de loi de l'UMP, à l'époque, ne revienne dessus.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

**M. Michel Amiel.** Le mode d'exercice que j'ai pratiqué pendant trente-cinq ans est désormais terminé. La démographie médicale est très défavorable et cela va s'aggraver, d'après les chiffres, jusqu'en 2025.

Je crains que les mesures coercitives n'aggravent encore les choses. Il faut dix ans pour faire un médecin. Ce sont des études longues, qui annoncent un métier difficile. Si l'on dit en plus à des jeunes gens qui veulent choisir ces études médicales qu'à la fin ils se retrouveront face à des mesures coercitives, j'ai peur qu'on ne les décourage encore bien davantage.

On a évoqué ici, je l'ai fait moi-même, la question du *numerus clausus*, comme si l'ouvrir largement était une panacée. Quand on sait comment se passent les études médicales, on voit bien que l'université comme l'hôpital ne peuvent pas accueillir massivement plus d'étudiants. Ils peuvent en accueillir un peu plus, ils le font déjà, mais de façon assez marginale.

L'intérêt du plan que vous présentez, vous l'avez dit, madame la ministre, c'est de changer de paradigme : l'utilisation de la télé-médecine ou le décroisement entre la ville et l'hôpital. Dans les Bouches-du-Rhône, où il y a des déserts médicaux, contrairement à ce que l'on peut imaginer, on a ainsi mené quelques essais avec des praticiens libéraux et hospitaliers venant travailler ensemble.

Incontestablement, le mode de rémunération change. Beaucoup de jeunes médecins ne sont plus attachés à la rémunération à l'acte, mais veulent vivre normalement, c'est-à-dire finir leur journée aux heures usuelles, ne pas être appelés la nuit, ne plus prendre de gardes. Il s'agit d'une évolution sociologique normale, que je ne lie pas forcément à la féminisation de la profession.

Ce sont là des propositions novatrices, évaluons-les dans trois ans, parce qu'un tel schéma ne pourra pas l'être dans six mois, nous verrons alors s'il faut les modifier. En attendant, je suis très défavorable aux mesures coercitives.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Les mesures incitatives qui ont été énoncées par Mme la ministre me semblent intéressantes, mais, à mon sens, pour mettre fin aux déserts médicaux, les remèdes doivent être multifactoriels. Il est primordial que nous menions ce débat dans notre hémicycle.

Notre collègue vient de parler du *numerus clausus*. Nous, au groupe communiste républicain citoyen et écologiste, nous sommes pour sa suppression compte tenu de la gravité de la situation et du fait qu'il faut dix ans pour former des médecins. Il a également parlé de décroisement entre la ville et l'hôpital. Je suis totalement d'accord : arrêtons d'opposer les pratiques médicales ! Dans le même temps, madame la ministre, arrêtez de retirer des moyens à l'hôpital, de fermer des lits, de faire en sorte que les budgets soient complètement anémiques !

On nous dit que cet amendement porte atteinte à la liberté d'installation. Avec Dominique Watrin et notre ancienne collègue Annie David, nous avons mené un travail dans nos trois départements : l'Isère, le Pas-de-Calais et le Val-de-Marne. Nous avons rencontré des professeurs de médecine qui travaillent en milieu hospitalier ainsi que des médecins libéraux. Lorsque nous avons testé cette mesure, qui semble si coercitive, elle n'a pas provoqué de tollé, comme c'était le cas quelques années auparavant, parce que tout le monde est conscient de la gravité de la situation.

Je suis d'accord, cependant, c'est un tout : un médecin ne va pas s'installer, même pour deux ans, dans un endroit où il n'y a pas de service public, d'école, etc. L'enjeu, c'est donc également la revitalisation de nos territoires.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je ne vais pas revenir sur tout ce qui a été dit par Mme la ministre, par Mme la rapporteur ou même par Michel Amiel, puisque je suis d'accord avec leurs propos.

On entend dire régulièrement que les étudiants en médecine coûtent cher. J'ai le sentiment que c'est le cas de tous les étudiants, qu'ils soient en lettres, en droit ou dans une autre discipline. Il faut arrêter de stigmatiser cette formation. En fait, les étudiants en médecine coûtent certainement moins cher que beaucoup d'autres, puisque, durant leurs études, ils doivent travailler dans les hôpitaux sans être rémunérés. Leur travail n'est évidemment pas fait par des salariés et, au bout du compte, si l'on fait le calcul de l'ensemble, le montant n'est pas si élevé.

Pour devenir médecins, ils doivent être encadrés par des professeurs de médecine, par des chirurgiens, par des praticiens hospitaliers et être en contact direct avec le patient et leurs « sachants ». Cela n'est possible que s'ils ne sont pas trop nombreux. Si vous élargissez trop le *numerus clausus*, cela provoquera obligatoirement un surnombre d'étudiants, qui ne bénéficieront plus alors du contact avec des sachants et deviendront des médecins dont la connaissance ne sera pas suffisante pour qu'ils soient efficaces dans leur pratique.

Enfin, la coercition n'a jamais marché. Si j'ose dire : souvenez-vous de la prohibition !

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

**M. Dominique Watrin.** Madame la ministre, vous avez parlé de votre plan d'accès aux soins, nous allons le lire. Vous avez évoqué un changement de paradigme, cela fait débat, mais l'évaluation est une bonne chose, parce qu'elle permettra de savoir si ces mesures sont efficaces ou pas.

Vous avez dit que, dans le contexte d'une démographie médicale très faible, imposer une contrainte provoquerait un effet pervers : une fuite vers le salariat. Ce n'est pas un problème, au contraire. Notre volonté d'être directif, voire coercitif – n'ayons pas peur de dire le mot – vaut non seulement pour la mesure proposée dans notre amendement, mais également pour l'État et la sécurité sociale, qui doivent investir sur ces territoires afin de faciliter l'installation de centres de santé, notamment. Il faut savoir qu'une majorité de jeunes médecins et d'étudiants en médecine ne sont pas opposés à exercer en tant que salariés.

Concernant le *numerus clausus*, notre groupe a toujours été contre sa mise en application. On a voulu faire des économies à l'époque, on en paye les effets aujourd'hui ! On aura beau augmenter le nombre de places dans les CHU, quand, dans un département comme le Pas-de-Calais, qui compte 1,5 million d'habitants, il n'y en a pas, on n'en ressentira aucun effet positif. J'ai vu que vous aviez lancé une mission pour un CHU moderne, avec l'objectif de combattre les inégalités territoriales. Je m'inscris pleinement dans cette démarche, et je vous demanderai bien évidemment un rendez-vous avec les élus de mon territoire.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour explication de vote.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Je suis un peu interloqué. Dès que l'on imagine quelque coercition que ce soit envers les médecins, on déclenche un prurit immédiat. Lorsque l'on impose aux professeurs certaines contraintes, on ne suscite pas les mêmes réactions...

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Les médecins ne sont pas fonctionnaires, c'est toute la différence !

**M. Jean-Louis Tourenne.** Je pourrais évoquer d'autres professions.

Cela ne signifie pas qu'il faille leur imposer des contraintes, mais en discuter n'est tout de même pas interdit et ce n'est pas faire affront à cette corporation dont on a tant besoin.

De la même façon, dire que les études de médecine ont un certain coût, ce n'est pas stigmatiser cette formation, c'est faire un constat objectif. Certes, il faudrait peut-être tenir compte d'un certain nombre de services non rémunérés rendus par les étudiants en médecine, mais je suis un peu étonné par certaines réactions.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Sur le fond, je suis favorable à cet amendement, mais j'ai bien conscience que la coercition n'est pas la solution. Il faut savoir que les élus sont absolument désespérés, parce que l'absence de médecin sur un territoire est la première étape de la désertification.

Même si je suis d'accord sur le fond avec cet amendement, je ne le voterai pas. J'espère que les voies nouvelles que propose Mme la ministre – emplois partagés, possibilité d'être salarié, d'autres initiatives encore – permettront de trouver une solution.

J'ajoute que, pour moi, le *numerus clausus* doit être augmenté. De même, j'estime qu'il faut un internat par faculté, un stage de six mois chez le praticien comme à l'hôpital et que les maîtres de stage soient mieux considérés et mieux rémunérés.

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je veux répondre à M. Tourenne.

Les professeurs sont des fonctionnaires, pas les médecins. On peut en débattre et décider que les médecins seront à l'avenir des fonctionnaires, mais il faut que les étudiants le sachent quand ils commencent leur formation. Dire maintenant à des étudiants qui se sont engagés dans des études de dix ans que, compte tenu de l'évolution des projections concernant l'exercice de leur profession, ils vont devoir s'installer là où on leur dira de s'installer, pour au moins deux ans, ce n'est pas raisonnable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 496 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les quatre premiers sont identiques.

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

L'amendement n° 310 rectifié *sexies* est présenté par MM. Tissot et Bérít-Débat, Mmes Ghali, Harribey et Prévile, MM. Todeschini et M. Bourquin, Mme M. Filleul, M. P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mazuir et Roux, Mme Taillé-Polian et M. Fichet.

L'amendement n° 421 rectifié *bis* est présenté par M. Antiste et Mmes Conconne, Jasmin et Lepage.

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

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Michelle Meunier, pour présenter l'amendement n° 207 rectifié *quater*.

**Mme Michelle Meunier.** Nous sommes toujours sur le même sujet, mais cet amendement se veut moins coercitif et plus incitatif. Le constat est partagé par chacun et chacune d'entre nous : si nous ne faisons rien, il sera trop tard.

Ce sont bien sûr les petites et moyennes communes, mais aussi tout le secteur périurbain et parfois le cœur des villes qui sont concernés par ces difficultés d'installation. Cet amendement a pour objet de lutter contre l'aggravation de ce phénomène en étendant aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, etc. Il prévoit que, dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

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

**M. le président.** L'amendement n° 310 rectifié *sexies* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Maurice Antiste, pour présenter l'amendement n° 421 rectifié *bis*.

**M. Maurice Antiste.** Les derniers chiffres publiés le 12 octobre 2017 par l'Ordre des médecins concernant la démographie médicale sont particulièrement alarmants presque partout en France, notamment pour la médecine générale. La situation est également inquiétante pour certaines spécialités médicales.

Dans le but de lutter contre l'aggravation de ce phénomène, le présent amendement vise à étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes. Il prévoit que, dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de la liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement sélectif des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées qui ont été mis en place dans le cadre du pacte territoire-santé. En matière de lutte contre les déserts médicaux, il est en effet urgent de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsque celles-ci ont déjà fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Vaspert, pour présenter l'amendement n° 560 rectifié.

**M. Michel Vaspert.** La désertification médicale connaît actuellement une aggravation inquiétante. La Cour des comptes, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, présenté en septembre 2017, partage ce constat : « La concentration géographique tend à s'accroître et les écarts de densité médicale sont considérables. Des départements entiers sont "désertés" par certains spécialistes. » C'est pourquoi elle préconise l'instauration d'un conventionnement sélectif des spécialistes. Par cet amendement, nous proposons la mise en œuvre de cette recommandation.

**M. le président.** L'amendement n° 208 rectifié *ter*, présenté par M. Marie, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Cabanel, Durain, Houllegatte, Iacovelli et Lalande, Mmes Lienemann, Meunier, Monier et Rossignol, M. Tissot, Mme Tocqueville, MM. Courteau, Carcenac et Duran et Mme Grelet-Certainais, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à Mme Michelle Meunier.

**Mme Michelle Meunier.** Puisque nous voulons être source de propositions, nous proposons par cet amendement de repli que les conditions prévues à notre amendement précédent s’appliquent à titre expérimental, pour une durée de trois ans. Nous prévoyons par ailleurs une évaluation de ce dispositif au bout de six mois pour en mesurer le bénéfice.

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

Après l’article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

La parole est à M. Loïc Hervé.

**M. Loïc Hervé.** Cet amendement prévoit qu’une expérimentation – le mot est important – de conventionnement sélectif puisse être menée sur une période de trois ans dans les zones dites « surdotées », c’est-à-dire les zones dans lesquelles existe un fort excédent en matière d’offre de soins. La fracture sanitaire ne cesse de s’aggraver, et les politiques incitatives mises en place depuis vingt-cinq ans ont montré leurs limites.

Les mesures proposées récemment par le Gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux en continuant dans cette voie ne prennent pas toute la mesure du problème qui touche nos territoires. Il nous semble donc nécessaire d’aller au-delà. Aussi, cet amendement prévoit que, dans les zones surdotées, définies par les ARS en concertation avec les organisations représentatives des médecins, un nouveau médecin libéral ne pourra s’installer en étant conventionné à l’assurance maladie que lorsqu’un médecin libéral de la

même zone cessera son activité. Le principe de la liberté d’installation demeure, mais le conventionnement n’est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

Ce système de régulation reposant sur le conventionnement sélectif existe déjà pour la plupart des professions de santé – infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes – et a largement fait ses preuves.

En choisissant le principe de l’expérimentation, cet amendement permettra d’évaluer sa pertinence avant d’envisager sa pérennisation. Pour ce faire, six mois avant la fin de l’expérimentation, cet amendement prévoit que le Gouvernement remette un rapport au Parlement afin d’évaluer son impact.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission est défavorable à l’ensemble des amendements, que ceux-ci portent sur le conventionnement sélectif conditionné au départ à la retraite d’un médecin ou sur l’expérimentation.

Lors de précédents débats, notamment lors de l’examen de la loi Santé et des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, la commission s’était opposée à l’instauration d’un conventionnement sélectif, que rejette le corps médical, notamment les internes et les jeunes médecins.

La MECSS a conduit au premier semestre une mission sur les dispositifs incitatifs en faveur de l’offre de soins dans les zones sous-dotées. Le rapport de nos collègues Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, publié en juillet 2017, avance de nombreuses propositions pour agir plus vite et plus efficacement, mais confirme la position de la commission à ce sujet : sans négociation avec les professionnels de santé concernés et sans leur assentiment, une évolution de cette nature pourrait être inefficace au regard des enjeux des zones sous-dotées. En effet, ce dispositif pourrait détourner de jeunes médecins de l’exercice en libéral, voire de l’exercice de la médecine tout court. En outre, l’instauration du principe « une installation pour un départ » dans les zones surdotées n’apporte nullement la garantie d’un rééquilibrage géographique de l’offre de soins au profit des zones sous-dotées.

Le conventionnement sélectif a été mis en place avec l’accord de la profession pour les infirmiers, dans un contexte démographique très différent de celui des médecins – ces professionnels étaient en surnombre, ce qui n’est pas le cas des médecins. Or on constate des effets de contournement, avec des installations à la lisière des zones dites « surdensées » et un impact finalement assez limité sur les zones les plus fragiles en termes d’accès aux soins. Cela a également été constaté lors de la mise en place de cette mesure en Allemagne, comme l’a souligné un rapport publié l’an dernier par le rapporteur général et Yves Daudigny.

Bien sûr, cette question de l’accès aux soins, invoquée sur toutes les travées de cet hémicycle, est cruciale et suscite des inquiétudes fortes parmi les élus. Par exemple, en région Pays de la Loire, une enquête sur la ruralité a révélé que, après l’accès au numérique, l’accès aux soins était le deuxième sujet de préoccupation des élus, même si les problèmes de démographie médicale et d’installation ne touchent pas que les zones rurales. Certaines d’entre elles se sont organisées : c’est le cas du département de la Mayenne, qui a créé un pôle de santé en milieu hyper-rural, qui fonctionne remarquable-

ment bien – Mme la ministre s’y est d’ailleurs rendue –, avec une prise en compte de la situation de l’ensemble des professionnels de santé – médicaux et paramédicaux –, qui se sont organisés autour d’un vrai projet de santé de territoire.

Les zones périurbaines ou certains quartiers de ville sont aussi concernés, et le problème touche à la fois la médecine libérale et la médecine salariée. Actuellement, un centre de santé au Mans – qui n’est pas une ville totalement paumée en pleine campagne, elle est même plutôt proche de Paris – n’arrive pas à recruter un médecin salarié.

Le problème est donc beaucoup plus complexe, et il n’y a pas de solutions miracle. Dans le plan qu’a présenté Mme la ministre dans le cadre de sa stratégie d’accès aux soins, c’est la multitude des mesures prévues qui permettra d’apporter une solution, notamment le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé, car, dans certains territoires, l’exercice de la médecine salariée correspond le mieux à la situation. Ces maisons de santé ne doivent pas se résumer à des murs. Beaucoup d’élus construisent de beaux centres de santé en se disant que les médecins viendront, mais qui restent des coquilles vides.

**M. René-Paul Savary.** Il faut un exercice coordonné!

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il faut en effet un exercice coordonné et des projets de santé de territoire de tous les professionnels.

Par ailleurs, il faut développer les stages dans les maisons de santé, afin de donner aux étudiants le goût de l’exercice libéral, faire en sorte, au cours des formations, dans les instituts de formation en soins infirmiers ou ailleurs, que les professionnels de santé, toutes tendances confondues, travaillent ensemble dès le départ pour les préparer à l’exercice pluriprofessionnel.

Je veux également citer le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires – la région Pays de la Loire va soutenir une expérimentation avec la faculté de Nantes, où des projets de recherche en soins primaires seront menés dans de multiples maisons de santé, permettant ainsi à la faculté et au CHU de venir au contact du territoire.

C’est la conjonction de toutes ces mesures qui peuvent avoir un effet incitatif sur les jeunes médecins à l’issue de leurs études – sur 100 médecins diplômés, 25 ne sont pas inscrits à l’Ordre et disparaissent ainsi des radars, si je puis dire. Il faut les inciter très tôt, donc, et leur montrer ce qu’est l’exercice de cette profession. Cela passe également par le partage des tâches et des actes.

Ce qu’il faut, c’est que les médecins puissent exercer dans des conditions qui sont celles qu’ils attendent, que le territoire soit suffisamment accueillant pour le travail du conjoint. Les médecins ayant un peu peur d’exercer seuls, il est également nécessaire qu’ils exercent dans un cadre multiprofessionnel. C’est donc toute une dynamique nouvelle qu’il faut créer dans l’offre de soins, et l’article 35, à cet égard, va nous y aider.

Pour en revenir aux amendements, des mesures comme celles-ci, qui peuvent paraître séduisantes – dans nos départements, les maires nous disent en effet: « Il n’y a pas de médecins. Obligez-les à venir sur nos territoires! » –, seraient à mon avis contre-productives.

Concernant les zonages, je pose la question: où sont les zones de surdensité médicale? Autant certaines professions, c’est vrai, étaient un peu surdotées, nécessitant une régulation

de l’offre, concernant la médecine, ce serait, je le répète, totalement contre-productif, cela susciterait des installations à la frange des dites zones et, surtout, conduirait à un détournement de l’exercice libéral. Incitons d’abord les jeunes à s’engager dans la voie de la médecine générale, alors que, au terme de leurs très longues études, ils ont plutôt tendance à s’orienter vers la médecine spécialisée.

Encore une fois, ces propositions sont de fausses bonnes idées, d’où l’avis défavorable.

**M. le président.** Madame la rapporteur, je précise que je vous ai accordé un temps de parole trois fois plus long que prévu, puisque vous exprimiez l’avis de la commission sur quatre amendements identiques, suivis de deux autres amendements.

Quel est l’avis du Gouvernement?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Mme la rapporteur a tout dit. Mais, moi, j’ai une question à vous poser, mesdames, messieurs les sénateurs, puisque la Chambre haute représente les territoires: lequel d’entre vous considère qu’il est dans une zone surdotée en médecins? Qu’il lève la main!...

Dans les dix années qui viennent, la situation va s’aggraver. Nous avons tous en tête l’exemple d’une ou de deux villes où, peut-être, on pourrait considérer qu’il y a un trop-plein de médecins. Mais, pour ne prendre que ce cas, nous savons que Paris n’est pas une zone surdotée aujourd’hui: il faut attendre six mois pour obtenir un rendez-vous avec un ophtalmo. C’est donc une fausse bonne idée, puisqu’il n’y a pas de zones surdotées.

Par ailleurs, et Mme Deroche l’a rappelé, on connaît les phénomènes de contournement. Vous êtes bien placés pour connaître les densités de médecins dans les territoires, et je pense que pas un seul parmi vous considère qu’il est dans une zone surdotée.

Quand on mesure la difficulté à définir le périmètre des zones sous-dotées, je ne vous parle même pas de ce qu’il en serait pour les zones surdotées. C’est une fausse bonne idée, je le répète, et le Gouvernement est défavorable à ces amendements.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** Je partage tout à fait l’avis de Mme la ministre. Faisons attention: si l’on veut encourager les étudiants à se diriger vers la médecine générale, il ne faut pas leur envoyer des signes négatifs. Auquel cas, ils choisiront aussitôt une autre filière.

Ayant exercé en médecine de groupe en milieu rural, je peux vous dire que, grâce à certaines propositions, on arrive finalement à faire revenir les jeunes. Personnellement, j’ai l’impression que les choses s’améliorent, et elles s’amélioreront encore si l’on offre davantage de souplesse. Les propositions qui sont faites à travers le plan Santé me paraissent tout à fait innovantes; il faut donc leur donner leur chance.

Hier, j’ai réagi sur le projet de médecin généraliste ambulatoire ou nomade, remplaçant, mais finalement, pourquoi pas? Effectivement, pourquoi ne pas tenter cette approche complètement différente, sachant que le médecin de famille – et nous sommes un certain nombre à avoir exercé ce type de médecine extraordinaire – n’existera plus?

Si l’on veut contraindre les personnes à s’installer, il faut les prévenir quand elles commencent leurs études, et non pas à leur terme, dix ans après. Ou alors autant ouvrir un peu plus

le *numerus clausus* et le problème sera réglé. Nous faisons tous le constat qu'il n'y a pas assez de médecins. Si, voilà dix ou quinze ans, nous l'avions ouvert un peu plus, nous ne ferions pas face à ces difficultés.

Ce que je crois, c'est qu'il faut un peu plus de médecins, même s'il n'y en a jamais eu autant, parce qu'il faut bien suivre le vieillissement de la population. On n'y échappera pas, et cela irait de pair avec la liberté complète d'installation. Les médecins qui véritablement cherchent du travail, à qui les patients font confiance, trouveront à s'installer. Quand on forme des ingénieurs ou d'autres professionnels, scientifiques ou littéraires, à des diplômés de doctorat ou postdoctoraux, on ne les oblige pas à s'installer quelque part – même s'il est vrai que leurs obligations de service public sont moindres. Pour attirer des candidats vers une profession, il me paraît plus important de favoriser son attractivité plutôt que de recourir à la coercition. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il vaudrait mieux retirer ces amendements, mes chers collègues.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

**M. Philippe Mouiller.** Je profite de cette discussion pour vous faire part d'un témoignage.

En tant qu'élu d'une commune située dans une zone un peu compliquée, j'ai eu l'occasion de travailler à la mise en place d'une maison de santé pour faire venir quatre jeunes médecins. Au-delà de ce qu'a dit Mme la rapporteur sur le projet de santé, sur la mutualisation, je voudrais insister, même si je ne suis pas moi-même médecin, sur deux faits qui m'ont beaucoup marqué.

D'une part, je pense à la relation avec l'hôpital. Il était essentiel que ces jeunes médecins aient un lien privilégié avec l'hôpital de proximité. Dans notre projet de santé, nous y avons beaucoup travaillé. L'implication du directeur de cet hôpital a fait basculer la décision de ces jeunes médecins, à qui s'offrait tout un panel de choix.

D'autre part, nous avons passé beaucoup de temps à parler non pas de médecine, de santé, mais de l'attractivité du territoire, de la commune et de l'environnement familial; nous avons passé beaucoup de temps à parler d'emploi, notamment pour les conjoints; nous avons passé beaucoup de temps à parler des services publics communaux, des solutions de garde pour les enfants, de leur scolarisation. Au terme de ces dialogues, c'est l'ensemble de ces arguments qui ont fait basculer le choix de ces médecins.

Les élus locaux, même s'ils ne sont pas des spécialistes en matière de santé, ont un vrai rôle à jouer. Un projet de maison de santé ou de pôle santé, c'est avant tout un projet de santé, mais c'est aussi tout un environnement à prendre en compte pour créer les conditions favorables à l'installation dans des territoires qui, à première vue, ne disposent pas de grands atouts – proximité de la mer, d'une grande ville. C'est l'énergie collective qui a permis la création de cette maison de santé, qui fonctionne très bien aujourd'hui.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Nous sommes tous d'accord sur le constat et nous recherchons tous des solutions pour essayer de régler le problème. Il est très important de souligner qu'on trouve des déserts médicaux dans tous les territoires, alors que, souvent, on a tendance à penser qu'il n'y en a qu'en

zone rurale. Mme la ministre a cité le cas de Paris, mais cette problématique vaut pour un certain nombre de quartiers situés dans toute l'Île-de-France.

Même si je comprends que mes collègues cherchent des solutions, ce qu'ils proposent me laisse dubitative. Pourquoi? Parce qu'il est tout de même un peu curieux d'envisager de déconventionner un médecin, sachant que cette mesure touchera le patient. On dit qu'il ne faut pas toucher à la liberté d'exercice du médecin. Cet hémicycle ne compte pas que des médecins ou des représentants d'autres professions médicales; il compte également des enseignants, qui pourraient parler eux aussi de leurs contraintes. Or si les médecins ne sont plus conventionnés, cela signifie que le patient, qui choisit librement son médecin, en subira les conséquences en n'étant plus remboursé. Et je ne vois pas ce qui le justifierait! Voilà ce qui me laisse dubitative, sans compter les raisons que Catherine Deroche a invoquées longuement, mais elle a eu trois fois plus de temps que moi pour le faire... (*Sourires.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour explication de vote.

**Mme Patricia Schillinger.** J'ai apprécié les propos de Mme Deroche et ceux de Mme la ministre.

Pour ma part, je suis dans un territoire où il y a des médecins. Le problème, c'est l'organisation des lieux. Trois médecins ont quitté une ville de 7 000 habitants pour rejoindre ma commune de 3 400 habitants. Ils n'avaient pas besoin de partir, ils étaient à 1 kilomètre.

Dans tous les territoires, les élus font des efforts pour trouver des établissements, pour créer le lien avec l'hôpital à proximité. Mais, là où il y a un manque, c'est dans les relations entre les médecins: ils ne discutent pas entre eux, ils ne se projettent pas entre eux. Sur un territoire qui compte 30 médecins à 30 kilomètres à la ronde, ceux-ci, même s'ils sont libéraux, ont le devoir de s'organiser. Entre les hôpitaux, les médecins spécialistes, par exemple pour l'organisation des gardes, il faut désigner un référent qui soit le lien entre eux.

Il faut passer outre les ego des uns et des autres. C'est en menant cette politique, en construisant ces liens que l'on fera disparaître les déserts médicaux. Il ne faut pas compter seulement sur les élus; les médecins doivent aussi faire des efforts.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** J'entends depuis des années ressasser les mêmes idées, qui, prises individuellement, sont toutes bonnes. J'ai apprécié que Mme la ministre présente un plan qui soit en quelque sorte un bouquet de toutes ces idées, qui marchent bien à tel endroit, moins bien dans le département voisin.

Je fais une suggestion à laquelle vous avez peut-être vous-même déjà songé, madame la ministre: qu'il y ait dans chaque ARS un monsieur ou une dame « désert médical » chargé de ce management de projets. Quand, dans une entreprise, un problème majeur se pose ou quand une idée se fait jour, la gestion ne peut pas se faire individuellement. Chaque maire, chaque président de syndicat, chaque président de communauté essaye de trouver la solution, mais il ne dispose pas d'un référent qui possède les clés, qui puisse lui indiquer quelle serait la bonne pratique à adopter. Il se retrouve donc isolé.

Je le répète, madame la ministre, je suggère que chaque ARS compte un manager de projets chargé d'animer le territoire pour proposer à chaque élu la ou les solutions qui lui paraissent les meilleures.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Vaspart, pour explication de vote.

**M. Michel Vaspart.** Je n'ai pas fait le calcul exact, mais plus de 120 ou 130 sénateurs ont cosigné ces différents amendements, dont 80 ou 90 de notre sensibilité. Ce faisant, ils ont exprimé une réalité et manifesté un souhait de la Haute Assemblée. J'estime ne pas avoir l'autorité pour retirer quelque amendement que ce soit.

Je ne vais pas raconter ma vie, mais, mon épouse étant médecin, je côtoie un peu le milieu médical. Lorsqu'on en parle dans nos territoires, il apparaît que, isolément, beaucoup de praticiens ne sont pas du tout hostiles à l'idée de ne pas autoriser l'installation de médecins conventionnés dans des secteurs surdotés.

Madame la ministre, même si personne n'a levé la main tout à l'heure, il existe des endroits où l'on compte un nombre important de médecins. Il est donc un peu incompréhensible de continuer à ne pas vouloir privilégier les secteurs qui ne sont pas surdotés par rapport aux secteurs surdotés, s'agissant de médecins conventionnés et d'actes pris en charge en totalité.

**M. le président.** La parole est à M. Pierre Ouzoulias, pour explication de vote.

**M. Pierre Ouzoulias.** En tant qu'enseignant je voudrais parler de l'université. Des rapprochements intéressants peuvent être faits entre les deux secteurs.

Nous manquons de façon criante d'enseignants, à tous les niveaux. Or le Gouvernement va instaurer, par le biais de la sélection – vous ne l'appellez pas ainsi, mais cela revient au même – un *numerus clausus*, qui n'existait pas à l'université.

Par ailleurs, le taux d'échec en première année de médecine – ma fille fait des études médicales, je connais donc bien le sujet – est aujourd'hui de 90 %. Ce taux ne semble poser aucun problème et ne gêner personne, alors qu'on nous explique qu'un taux d'échec de 60 % en licence est inadmissible et, qui plus est, que nous manquons de médecins.

Je trouve donc particulièrement illogique de gérer la pénurie à la fois d'enseignants et de médecins par des politiques malthusiennes, et je ne comprends pas que l'on puisse continuer à restreindre l'accès aux études de médecine et aux études générales.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Je m'exprime en tant que cosignataire de l'un des amendements en discussion.

Je suis tout à fait d'accord avec les propos tenus par Mme Deroche, MM. Savary et Mouiller sur la coconstruction.

Aujourd'hui, 25 % des médecins ne s'installent pas ou ne remplacent pas leurs confrères. Au moment où j'ai cosigné l'amendement n° 391 rectifié *bis*, je ne pensais pas qu'il représenterait une contrainte énorme pour les médecins, puisque ce sont les ARS qui définissent les zones surdotées et que c'est uniquement dans ces zones, et à titre expérimental, que nous souhaitons voir si la petite coercition que nous proposons pourra déboucher sur une amélioration.

En tout cas, l'article 35 offrira selon moi des solutions.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des propos qui ont été tenus, parce que je suis d'accord avec tout ce qui a été dit. Finalement, chacun d'entre vous a un peu raison.

**M. Gérard Dériot.** Quel bon président ! (*Sourires.*)

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Attendez, mon cher collègue, je vais tout de même revenir sur deux ou trois sujets... (*Nouveaux sourires.*)

Comme je l'ai entendu dire avant-hier et ce matin, ce sont évidemment l'attractivité et l'aménagement des territoires qui incitent les médecins à venir s'installer.

Je m'adresse avant tout aux auteurs des différents amendements : imaginez ce que pourraient ressentir des étudiants qui sortent de la faculté de médecine si des amendements de ce genre étaient adoptés par le Sénat ou par l'Assemblée nationale. Mettez-vous à leur place, mes chers collègues !

Pour vous aider à vous représenter leur réaction, prenons l'exemple d'un amendement déposé par l'un de nos collègues représentant un territoire sous-doté en entreprises. L'amendement en question viserait à interdire aux chefs d'entreprise de s'installer dans des zones surdotées, en Île-de-France ou dans les Hauts-de-Seine, par exemple. Afin que les entreprises ne s'installent pas là où il y en a déjà beaucoup, le dispositif prévoirait de rétablir l'ISF et les cotisations sociales pour ces entreprises et de doubler leurs impôts.

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

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** C'est exactement ce que vous prévoyez de mettre en œuvre pour les médecins ! Imaginez votre propre réaction face à un tel amendement et dites-vous bien que les médecins ou les étudiants en médecine auraient la même.

Dans ces conditions, convenez que vos amendements, s'ils étaient adoptés, les empêcheraient peut-être d'aller vers la médecine et les inciteraient à faire autre chose.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je souhaite répondre à propos du *numerus clausus*, puisque vous m'avez interpellée sur le sujet.

Vous avez raison, c'est dramatique qu'une classe d'âge, composée de surcroît d'étudiants assez brillants en général, ayant obtenu des mentions très bien au bac, soit ainsi refoulée des études de médecine à cause d'un *numerus clausus* très restrictif.

Je crois en avoir déjà parlé lundi dernier, on connaît la raison pour laquelle ce *numerus clausus* a été mis en place : en fait, on n'a pas trouvé d'autre moyen pour réguler l'augmentation des dépenses de santé, puisque les médecins sont payés à l'acte.

Ce raisonnement a été assumé par les différents gouvernements depuis trente à quarante ans malgré, effectivement, une mauvaise anticipation de la conception qu'ont les jeunes aujourd'hui de la vie professionnelle. Et je ne parle même pas de la féminisation des professions. Aujourd'hui, non seulement nous n'avons plus assez de médecins sur un plan quantitatif, mais ceux-ci n'ont plus envie de la vie des médecins d'antan, sur le plan qualitatif. Dont acte !

Ce constat ayant été dressé par quelques-uns des précédents gouvernements, le *numerus clausus* a été un peu relevé, puisqu'il est passé de 6 000 à 8 000 étudiants, soit une augmentation de plus de 30 %. Nous savons que si nous relevions le *numerus clausus* en 2018, les médecins finiraient leurs études et leur internat – puisqu'ils font tous un internat désormais – dans douze ans. En 2030, nous savons donc d'ores et déjà que la démographie médicale repartira à la hausse par rapport à ce qu'elle est maintenant. Nous savons également qu'en 2025 elle connaîtra un creux, alors qu'elle sera supérieure en 2030 à celle que nous connaissons aujourd'hui.

Si nous augmentons largement le *numerus clausus* de 2018 à 2025, un nombre très élevé de médecins finiront par conséquent leurs études entre 2030 et 2035. Nous aurons ainsi obtenu l'exact inverse de la situation que nous subissons aujourd'hui, c'est-à-dire une démographie médicale négative.

Nous avons intérêt à nous interroger collectivement sur ce que sera l'exercice de la médecine en 2035, sur le nombre de médecins dont nous aurons besoin, sur ce que sera l'exercice coordonné entre professionnels et sur la démographie des nouveaux professionnels, avant d'ouvrir tout simplement les vannes du *numerus clausus*. Sinon, nous allons à une catastrophe certaine dans l'autre sens, avec l'arrivée d'énormément de médecins. Sans compter que si nous poursuivons la mise en œuvre d'une tarification à l'acte, ce n'est pas à un ONDAM à 2,3 % qu'il faudra s'attendre mais à 7 % ! En effet, soyons clairs, mesdames, messieurs les sénateurs, la régulation de la tarification de la médecine de ville est aujourd'hui compliquée.

Je souhaite modifier la tarification des médecins en associant à la tarification à l'acte une tarification à la qualité et à la pertinence. Cela permettrait, par exemple, de réguler ce que vous appelez les zones surdotées, là où on considère que la présence de médecins en grand nombre induit un nombre important d'actes, dont certains sont inutiles.

Je souhaite travailler sur la pertinence des actes et la régulation par la qualité et la pertinence, parce que cela permettrait de réduire une partie des actes répétitifs ou inutiles dans des zones prétendument surdotées. Selon moi, la régulation par la qualité est préférable à la coercition. Elle permettrait aussi éventuellement d'augmenter le nombre de médecins, mais ce serait de façon réfléchie et en ayant réalisé une projection de ce que sera la médecine en 2035.

Dans les années à venir, nous poursuivrons la réflexion sur le sujet dans le cadre des PLFSS successifs. En tout cas, la régulation coercitive et l'augmentation du *numerus clausus* sont à mon avis des idées un peu simples par rapport à la complexité du problème. C'est la raison pour laquelle je ne suis pas du tout favorable à ces amendements.

**M. le président.** Madame la ministre, mes chers collègues, j'attire votre attention sur le fait que nous avons voté deux amendements en une heure et que, si nous continuons à ce rythme, nous allons devoir envisager de poursuivre l'examen de ce texte lundi.

Cette précision étant apportée, je mets aux voix les amendements identiques n° 207 rectifié *quater*, 421 rectifié *bis* et 560 rectifié.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 208 rectifié *ter*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 391 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 493 rectifié, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

« 4° L'éloignement des centres hospitaliers ;

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Dans le prolongement de l'amendement présenté par Dominique Watrin, nous proposons de fixer des critères pour ce zonage et de soumettre l'installation des médecins à l'autorisation des ARS pour certaines spécialités médicales dans les secteurs surdensifiés, afin d'éviter que certaines zones soient mieux pourvues, quand d'autres manquent cruellement de médecins.

Je rappelle que la question de l'installation des médecins dépend aussi de l'attractivité territoriale et du maintien ou pas d'un haut niveau de service public sur le territoire. Le critère financier est secondaire dans le choix d'installation d'un professionnel de santé, lequel regarde en priorité à exercer près d'un établissement hospitalier – je tiens à le redire fortement –, notamment d'un CHU, dans un cadre où il pourra plus facilement partager son activité avec ses autres collègues, que ce soit dans un centre de santé ou dans une maison de santé. Bien sûr, ce professionnel cherche également un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, d'où l'importance de développer des services publics.

De nombreux collègues ont rappelé que la situation était grave, mais je voudrais quand même préciser, même s'il me semble que Mme la rapporteur en a parlé – après tout, la pédagogie est l'art de la répétition –, que Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny ont remis un rapport, au nom de la MECSS, intitulé *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, dans lequel il est précisé que la densité médicale devrait connaître un plus bas historique en 2023 avec trois médecins pour 1 000 habitants !

Il importe donc de compléter les mesures proposées par Mme la ministre par de nouvelles dispositions. Tel est le sens de notre amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Les zonages qui servent de base à l'attribution des aides à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées font à l'heure actuelle l'objet d'une révision, qui est construite en région par les ARS, ce que vous avez certainement pu constater dans vos départements respectifs, mes chers collègues.

Afin de mieux objectiver les besoins, un indicateur synthétique a été développé, et la commission n'a pas trouvé opportun de fixer de nouveaux critères dans la loi. C'est pourquoi elle vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, ma chère collègue; faute de quoi, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 493 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 493 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Le décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier donne la même durée de validité de l'ordonnance médicale pour la primo-délivrance de l'équipement optique que pour son renouvellement. Par conséquent, dans le cas où des produits optiques seraient délivrés avec une ordonnance ancienne de plusieurs années, laquelle n'aurait pas été utilisée initialement, l'opticien-lunetier ne pourra pas adapter la prescription initiale. Il ne pourra le faire que lors du renouvellement de l'équipement optique si l'ordonnance est toujours valable. Le risque est donc grand que cette prescription initiale ne soit plus adaptée si elle est utilisée tardivement et que l'équipement optique délivré soit de fait inadéquat.

Nous proposons que la prise en charge de la première délivrance de produits optiques par l'assurance maladie soit limitée à la première année suivant l'établissement de l'ordonnance, afin de limiter le risque de dépenses injustifiées. Cette mesure n'entraîne aucune charge supplémentaire pour l'assurance maladie et est sans conséquence sur la possibilité offerte aux opticiens-lunetiers de renouveler et d'adapter les ordonnances. Elle apporte ainsi une clarification nécessaire et davantage de pertinence dans le parcours de délivrance et de renouvellement des équipements optiques.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement, ainsi que le suivant, porte sur la filière visuelle.

Même s'il reste des points de désaccord, cette filière s'est organisée au cours des mois précédents et a su trouver un équilibre entre ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens, chaque profession ayant des missions bien définies et des degrés de compétence différents selon les sujets.

Un travail a été engagé, afin que les tâches effectuées par les ophtalmologistes, chez qui l'on sait qu'il est parfois difficile et long d'avoir un rendez-vous, puissent l'être par les orthoptistes sous leur responsabilité. Les discussions ont également permis d'envisager une coordination plus efficace et plus intelligente avec les opticiens. Ce qui pose problème aujourd'hui, c'est en effet l'accès aux soins visuels et le temps de réponse aux demandes de consultation. L'accès aux équipements est lui, en revanche, relativement simple.

Sur le fond, je ne suis pas opposée à l'amendement que vous proposez, mon cher collègue, parce qu'il est important de sécuriser les prescriptions des ordonnances. Même si la prescription de lunettes paraît simple, il est important d'assurer un dépistage des pathologies oculaires, lesquelles peuvent évoluer à bas bruit et nécessiter un retour du patient chez l'ophtalmologiste.

Cela étant, compte tenu du travail entamé par les différentes composantes de la filière ces derniers mois, travail d'ailleurs encore en cours et dont Mme la ministre pourra sans doute nous dire un mot, puisque certaines dispositions vont certainement être annoncées au début de l'année 2018, il ne nous semble pas opportun de modifier par petites touches le dispositif actuel. La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, mon cher collègue.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** L'adoption de cet amendement durcirait les conditions d'accès aux équipements d'optique, ce qui n'irait pas dans le sens d'un accès plus facile aux soins. Le Gouvernement y est donc défavorable.

**M. le président.** Monsieur Mouiller, l'amendement n° 157 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Je mets mes lunettes pour vous dire que je le retire, monsieur le président. *(Sourires.)*

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

L'amendement n° 510, présenté par MM. Patriat et Amiel, Mme Schillinger, M. Lévrier et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Michel Amiel.

**M. Michel Amiel.** Cet amendement a été déposé dans le même esprit que le précédent.

Pour rappel, la loi Santé de 2016 a déjà codifié la profession d'orthoptiste. Par ailleurs, dès la loi Macron, des discussions ont porté sur la capacité de renouveler les équipements de lunettes sans passer par une consultation chez un ophtalmo.

Si rien ne remplacera jamais l'action du médecin dans la prévention, le dépistage et le traitement des maladies visuelles, les difficultés actuelles pour obtenir des rendez-vous chez ces professionnels de santé ne sont pas sans conséquence pour les citoyens. Sauf contre-indication médicale spécifiée, il est donc proposé que les orthoptistes, qui pourront dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 procéder à l'acte de mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction, puissent au même titre que les opticiens renouveler les prescriptions de lunettes et de lentilles en fonction de ces résultats.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je formulerai la même demande de retrait que pour le précédent amendement. J'ajoute que le métier d'orthoptiste est tout de même assez différent de celui d'opticien.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Amiel, vous proposez d'aller plus loin et de donner aux orthoptistes les mêmes prérogatives que celles des opticiens. Cela pourrait être envisagé, mais il nous semble vraiment nécessaire de lancer au préalable une concertation avec les professionnels. C'est pourquoi le Gouvernement vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Amiel, l'amendement n° 510 est-il maintenu ?

**M. Michel Amiel.** Je suis tout à fait d'accord avec l'idée d'une concertation pour mettre les choses à plat. Je retire donc mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 510 est retiré.

L'amendement n° 424 rectifié, présenté par MM. Savary et Milon, Mme Deroche, MM. Bizet, Bonhomme, Chaize, de Nicolaÿ et Détraigne, Mme Férat, M. Gremillet, Mme Imbert, M. Lefèvre, Mme Lopez et MM. Mandelli, Paccaud, Panunzi, Pellevat, Perrin, Raison, Reichardt et Vial, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« VII. – En dehors des situations visées à l'article L. 5121-8, L. 5121-9-1 et au présent article du présent code, un médicament peut, à titre exceptionnel et de manière temporaire, être mis à disposition à un

stade précoce de développement pour des patients incurables volontaires, dès l'issue de la phase I des essais cliniques, dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, non investigatoire et ne se substituant pas aux essais cliniques, sous les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

estime cet usage inapproprié. En l'absence de réponse de la société titulaire des droits dans le mois à compter de la réception de la demande, celle-ci est réputée refusée.

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

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

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

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

La parole est à M. René-Paul Savary.

**M. René-Paul Savary.** Cet amendement me tient particulièrement à cœur. Il a pour objet de gagner du temps en matière de traitement des troubles neurodégénératifs.

Sur ce sujet, il existe de l'impatience chez les nombreux malades, impatience d'autant plus grande qu'il s'agit de biotechnologies qui représentent un investissement de trop long terme pour que les biotechs s'y précipitent, contrairement à ce qu'ils font dans d'autres domaines.

Nous proposons de gagner du temps administratif en créant une autorisation, qui n'existe pas aujourd'hui mais qui est conforme au droit européen : l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament. Cette utilisation serait testimoniale, parce qu'elle suppose l'implication et la responsabilité du malade qui souhaite, par instinct de survie, prendre le risque d'améliorer son état de santé grâce à des médicaments qui n'ont pas encore suffisamment prouvé leur efficacité. L'existence d'un risque différencie cette utilisation testimoniale de l'usage compassionnel du médicament. Cette utilisation serait éclairée, parce qu'elle découlerait véritablement d'un choix du malade, qui doit donc être complètement conscient des risques encourus. Elle doit enfin être surveillée, parce que la vie du patient est en jeu.

Je voudrais remercier l'ANSM, qui fait fort bien son travail et qui m'a aidé, de manière très volontaire, à rédiger ce dispositif.

Mon amendement mérite peut-être d'être amélioré dans le cadre de la navette parlementaire. Je pense toutefois qu'il est important, car son objectif est de gagner du temps : si l'on parvient à gagner quelques années dans le domaine des troubles neurodégénératifs grâce à cette avancée administrative, je crois que nous serons tous honorés d'avoir contribué à cette décision.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission a été sensible à l'objectif visé, c'est-à-dire accélérer la mise sur le marché de molécules innovantes dans le domaine des troubles neurodégénératifs, où les évolutions sont lentes. Si les innovations sont nombreuses en matière d'oncologie, elles ne le sont pas dans ce secteur où les pathologies sont douloureuses et les conséquences sociales et sanitaires lourdes.

Cet amendement offre peut-être l'opportunité d'accélérer l'accès à l'innovation. C'est pourquoi la commission y est favorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Savary, vous m'aviez déjà interpellée sur cet amendement, qui est en effet intéressant, mais également un peu précoce à ce stade, compte tenu de notre degré d'instruction du dossier.

J'ai détecté quelques risques dans ce que vous proposez, comme celui de mettre à disposition des patients des médicaments qui ont été très peu évalués avec, évidemment, le risque d'effets secondaires associé. C'est d'ailleurs pourquoi on préfère en général les essais cliniques à des mises sur le marché très précoces ou des remboursements très précoces.

Vous suggérez également de ne pas faire prendre en charge le coût de ces médicaments par la sécurité sociale. Mais alors qui paiera ? Les patients ? Si ce sont les patients, cela créerait de fait une médecine à deux vitesses.

Même si l'enjeu est réel pour certaines maladies rares, je pense vraiment qu'il faut encore travailler sur le sujet, avec vous d'ailleurs, si vous le souhaitez.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** Je comprends bien que vous ayez besoin de temps, madame la ministre, mais, compte tenu des découvertes qui sont aujourd'hui sur les paillasse des laboratoires et du temps qui sera nécessaire pour qu'elles se retrouvent sur les étagères des pharmacies, beaucoup de patients verront leur situation se dégrader, avec un coût sociétal particulièrement important. Les autorisations actuelles ne permettent pas de gagner du temps, sinon on pourrait effectivement s'en servir.

Je le répète, il existe une différence entre le compassionnel et le testimonial. La prescription d'un médicament pour un usage compassionnel est d'ores et déjà prévue dans le cadre des ATU et reconnue sur le plan européen. La prise en charge du coût de la prescription est alors normale et l'accès au médicament gratuit.

L'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament est, elle, un acte volontaire, une prise de risque du malade. C'est la raison pour laquelle on ne peut pas l'empêcher de payer : il risque sa vie, il peut aussi prendre le risque de financer ses propres médicaments, lesquels sont destinés à

améliorer sa santé, servent de témoignage pour les autres malades et, éventuellement, peuvent contribuer à en sauver dans l'avenir.

Il s'agit véritablement d'une innovation du XXI<sup>e</sup> siècle. C'est pourquoi j'ai souhaité que mon amendement soit rattaché à l'article 35. S'il mérite sûrement d'être approfondi, je ne le retirerai pas. Si l'on parvenait à avancer, grâce à des décrets notamment, nous arriverions bien sûr à garantir la gratuité de l'accès aux soins. Il s'agit d'un enjeu très important, même s'il faut dans le même temps que les investisseurs puissent apporter des financements. Il importe de trouver la meilleure articulation entre ces deux nécessités. Il y va non pas seulement des soins, mais de la survie de certains patients !

L'objectif est de parvenir à assurer l'égalité des chances de survie entre toutes les personnes souffrant de troubles neuro-dégénératifs. C'est la raison pour laquelle je vous demande, mes chers collègues, d'être unanimes à voter cet amendement, comme vous l'avez été en commission, de façon à avancer dans la réflexion.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 424 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

L'amendement n° 228 rectifié *quater*, présenté par Mme Lassarade, MM. Paul et Houpert, Mme Deromedi, M. Chaize, Mmes Procaccia et Gruny, M. de Legge, Mmes Deseyne et Lopez, M. Chatillon, Mme Imbert, M. Mandelli, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Laménié, Lefèvre, Pellevat, Pierre, Husson et Revet, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** L'amendement est défendu.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement a pour objet d'étendre aux conventions des professionnels de santé autres que les médecins la possibilité de prévoir un avantage maternité.

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, la commission avait été favorable à la mise en place de cet avantage maternité pour les médecins et avait même souhaité l'étendre à tous les médecins, sans le restreindre selon le mode ou le lieu d'exercice. Une avancée similaire pour les autres professionnels de santé serait un progrès social, en particulier pour des métiers fortement féminisés.

La commission a donc émis un avis favorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 228 rectifié *quater*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 35.

### Article 35 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2018, un rapport relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie, notamment concernant les arrêts courts ou itératifs, afin de mieux prévenir ces arrêts ou d'en améliorer les contrôles. Le rapport met en avant l'articulation actuelle entre les indemnités journalières perçues au titre de la maladie par les organismes de sécurité sociale et les dispositifs de prévoyance obligatoire et facultative existants et propose en tant que de besoin des mesures d'amélioration.

**M. le président.** L'amendement n° 119, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'article 35 bis, introduit par l'Assemblée nationale, prévoit la remise d'un rapport au Parlement relatif aux dépenses des indemnités journalières au titre de la maladie et leur articulation avec les dispositifs de prévoyance.

Le sujet est important, compte tenu de la dynamique de ces dépenses, qui représentent pour le seul régime général plus de 7 milliards d'euros en 2016, en progression de 5 % en un an. Des économies sur ce poste sont d'ores et déjà attendues pour 2018 avec un objectif de maîtrise des dépenses qui a été relevé de 100 millions à 165 millions d'euros dans le présent texte. Il appartient notamment à la CNAM de tenir cet objectif, d'engager des actions et de faire des propositions.

Il a semblé à la commission qu'un rapport supplémentaire sur le sujet ne ferait pas avancer les choses. Tel est le sens de cet amendement de suppression.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 119.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 35 bis est supprimé.

### Article 36

- ① I. – Le 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Le cas échéant, la ou les conventions définissent en particulier le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémedecine. Les actes de téléconsultation remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéotransmission ; ».
- ② II. – Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « et de prise en charge financière » sont supprimés.

- ③ III. – L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application du même article 36 continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2019.
- ④ IV. – Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et pour une durée maximale de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.
- ⑤ Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑥ Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :
- ⑦ 1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 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 professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;
- ⑧ 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 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 ;
- ⑨ 3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;
- ⑩ 4° À l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
- ⑪ 5° Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.
- ⑫ Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 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 par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation au même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.
- ⑬ Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.
- ⑭ Le dixième alinéa du présent IV ne s'applique pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.
- ⑮ Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.
- ⑯ Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.
- ⑰ Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale 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 télémédecine dans le cadre des expérimentations 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 de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.
- ⑱ Au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2019.
- M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.
- M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Avant que nous entrons plus avant dans l'examen de l'article 36 sur la télémédecine, je voudrais vous faire part d'un sujet préoccupant, madame la ministre.
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins vient de déposer une plainte pour distorsion de concurrence, après la diffusion d'une campagne publicitaire réalisée par une mutuelle pour des téléconsultations. La publicité précise que ce service est gratuit pour ses adhérents. Pour les autres, il est évidemment payant.

Cet exemple montre l'importance que prennent les mutuelles, organismes complémentaires ou assurances en matière de soins, alors que ce n'est pas leur rôle. La médecine n'est pas un commerce, nous le savons tous, et, sous couvert de donner un meilleur accès aux soins, ces organismes sélectionnent leurs patients, qui seront évidemment captifs. Pouvez-vous, madame la ministre, nous donner l'avis du Gouvernement sur ce type d'action ?

**M. le président.** L'amendement n° 363 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Pillet et Mandelli, Mme Deseyne, MM. Frassa et Paul, Mmes Berthet et Garriaud-Maylam, M. Pellevat, Mme Micouneau, MM. Poniowski, Buffet, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent, Mme Deromedi et MM. Savin et Dufaut, est ainsi libellé :

Alinéa 1

1° Après la référence :

L. 162-14-1

insérer les mots :

et le 2° de l'article L. 162-16-1

2° Remplacer les mots :

est complété

par les mots :

sont complétés

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** La pharmacie d'officine établie dans un territoire isolé doit pouvoir mettre en contact, au sein de son espace de confidentialité, le patient avec son médecin traitant ou le service hospitalier, lorsque cela est nécessaire.

La pharmacie d'officine est un espace de santé réglementé qui peut utiliser des outils de télésanté pour renforcer les liens entre les médecins et les populations éloignées.

Aussi, il est essentiel que la convention pharmaceutique prévue à l'article L.162-16-1 du code de la sécurité sociale figure dans cet article. Cette mesure favoriserait la prise en compte du rôle des pharmaciens dans le développement de la télémédecine dans certains territoires.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission a trouvé légitime de reconnaître le rôle des pharmaciens dans le déploiement de la télémédecine. Elle s'en remet donc à la sagesse de notre assemblée.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Une réflexion sur l'évolution des compétences des pharmaciens d'officine est engagée avec l'assurance maladie, dans le cadre conventionnel. D'ores et déjà, nous avons entériné la possibilité pour eux de participer aux actes de télémédecine, au même titre que d'autres professionnels de santé, comme les infirmières. L'article 36 comprend donc déjà les pharmaciens.

De surcroît, la rédaction de l'amendement ne nous paraît pas juridiquement satisfaisante ; je présenterai dans quelques instants l'amendement n° 597, dont la rédaction est meilleure. Je sollicite donc le retrait de l'amendement au profit de celui du Gouvernement.

**M. le président.** Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 363 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je comprends que Mme Morhet-Richaud maintienne son amendement, dans la mesure où l'amendement du Gouvernement n'a pas été examiné en commission. Toutefois, l'amendement n° 597 vise les mêmes objectifs que le sien, avec une formulation juridique meilleure. Un retrait serait donc préférable, ma chère collègue.

**M. le président.** Madame Morhet-Richaud, le conseil de Mme la rapporteur modifie-t-il votre position ?

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Compte tenu des explications de Mme la rapporteur, je retire mon amendement.

**M. le président.** Explications qui étaient les mêmes que celles de Mme la ministre...

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

L'amendement n° 120, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Après le mot :

télémédecine

insérer les mots :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 120.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 386 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Bonhomme, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Paul, Le Gleut, Charon et Pellevat et Mme Deromedi, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer le mot :

vidéotransmission

par les mots :

les technologies de l'information et de la communication

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** L'exigence de la vidéotransmission pourrait aboutir, dans certains cas et dans certains territoires, à un échec technique causé par l'insuffisance de réseau adapté chez le patient ou lors de ses déplacements. Cette condition crée une rupture d'égalité au détriment notamment des personnes âgées et des ménages les plus modestes, plus nombreux à ne pas être équipés des outils de vidéotransmission indispensables à ce nouveau service.

C'est pourquoi nous proposons d'atténuer le caractère impératif et systématique de l'utilisation de la vidéotransmission pour les actes de téléconsultation. La formulation plus souple que nous suggérons permettrait de garantir les actes de téléconsultation à une population plus large, quel que soit le territoire.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je comprends la proposition de M. Houpert, mais la vidéotransmission garantit une certaine qualité de soin. La rédaction qu'il suggère pourrait laisser penser qu'un simple appel téléphonique serait suffisant. La commission a donc préféré s'en tenir à la rédaction actuelle.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 386 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

**M. Gérard Dériot.** L'article 36 prévoit de développer la télémedecine. Afin d'éviter les fraudes, notamment, il convient d'encadrer de la manière dont les prescriptions issues des téléconsultations seront transmises au pharmacien, de façon à ce que la procédure soit sécurisée. En effet, à la faveur de ces nouveaux développements, les patients présenteront leurs ordonnances par des moyens électroniques divers, comme les smartphones, en décalage avec les textes existants, aux termes desquels le patient doit présenter l'original de l'ordonnance.

L'introduction de la notion d'ordonnance dématérialisée dans le code de la santé publique permettra par ailleurs de poursuivre la logique jusqu'au bout, en dématérialisant tout le processus, de la consultation à la prescription.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'enjeu de la dématérialisation des prescriptions dépasse le champ de la télémedecine, même si ces pratiques vont se développer avec les téléconsultations.

La précision demandée peut paraître redondante avec les dispositions déjà prévues en matière de transmission de données de santé. Toutefois, l'amendement a le mérite de soulever les enjeux, s'agissant notamment de la prévention des fraudes.

Dans ces conditions, la commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** S'agissant des données de santé à caractère personnel, le droit commun de la sécurisation des échanges s'applique en toute hypothèse. Pour nous, donc, l'amendement est satisfait. J'en demande le retrait, et j'y serai défavorable s'il est maintenu.

**M. le président.** Monsieur Dériot, l'amendement n° 12 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

**M. Gérard Dériot.** J'ai bien entendu Mme la rapporteur et Mme la ministre. Si les conditions de sécurité sont déjà assurées, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 12 rectifié *quinquies* est retiré.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 13 rectifié *quinquies*, présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Berthet, MM. Le Gleut, Mandelli, Médevielle, Savary, Morisset, Chaize, Gilles, Bonhomme et Pillet, Mme Garriaud-Maylam, M. D. Laurent, Mme Primas, M. Cardoux, Mme Procaccia, MM. Dallier, Saury, Revet, Retailleau et Bonne, Mmes Canayer et Morhet-Richaud, M. Cornu, Mme Troendlé, M. Mouiller, Mme M. Mercier, M. Leroux, Mme F. Gerbaud, MM. Dufaut et Kennel, Mme Micouveau, M. Longuet, Mme Lassarade, MM. B. Fournier, Pellevat, Lefèvre, Raison, Perrin et Bazin, Mmes Giudicelli, Lamure et Deromedi, MM. Paul, Paccaud, Cambon, Huré, Chatillon, Darnaud, Daubresse, Laménie, Buffet et Milon, Mme Bonfanti-Dossat et M. Husson, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

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

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

**M. Gérard Dériot.** Cet amendement vise à associer les professionnels de santé – médecins, mais aussi pharmaciens ou infirmiers – aux travaux permettant le déploiement de la télé-médecine, *via* leurs représentants syndicaux et ordinaires.

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

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 242 rectifié *quater* est présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Dallier, Paul et Gilles, Mmes Deromedi et Procaccia, M. Daubresse, Mmes F. Gerbaud, Lamure et Garriaud-Maylam et M. Paccaud.

L'amendement n° 323 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

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

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 242 rectifié *quater*.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** L'article 36 intègre dans le droit commun tarifaire certains actes de télé-médecine : la téléexpertise et la téléconsultation réalisées par vidéo-transmission. Il maintient un cadre expérimental pour les seuls actes de surveillance.

La télé-médecine est l'un des leviers que nous devons actionner pour lutter contre la désertification médicale dont souffrent tant de territoires. Si elle est loin d'être la seule solution pour renforcer l'accès aux soins, sa démocratisation aura des conséquences importantes pour nombre de

nos concitoyens, notamment pour ceux qui souffrent de pathologies rares traitées par un nombre restreint de praticiens.

C'est pourquoi la fixation d'une tarification de droit commun pour les actes de télé-médecine par les partenaires conventionnels est une bonne option. Au reste, comme il est rappelé dans le rapport, la commission a depuis longtemps identifié la tarification de droit commun des actes de télé-médecine comme « une condition préalable à son réel déploiement ». La création d'une commission de la télé-médecine auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prend de ce point de vue tout son sens.

Il est indispensable que cette thématique nouvelle, créatrice de liens renouvelés entre la ville et l'hôpital, au service des parcours de soins et de vie des patients à domicile, associe les représentants des médecins libéraux, des professionnels hospitaliers et les fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés, ainsi que les représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Le dispositif proposé est établi par analogie avec l'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui a créé une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 323 rectifié.

**M. Yves Daudigny.** Je redis que je soutiens cet article, comme le précédent.

Ainsi que nos collègues l'ont fort bien expliqué, intégrer dans le droit commun les actes de télé-médecine et de téléconsultation est une excellente option, qui, certainement, ouvrira la voie à un développement considérable de ces activités.

Sans doute ce développement appellera-t-il un certain nombre d'observations, comme celle présentée il y a quelques instants par M. le président de la commission des affaires sociales. Le débat est ouvert entre le rôle de l'assurance maladie et celui des organismes complémentaires. Il faut remonter dans notre histoire récente pour comprendre pourquoi, aujourd'hui, nous sommes en présence d'une dualité aussi marquée dont a témoigné la création de l'Union des organismes complémentaires d'assurance maladie.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'article 36 renvoie à la négociation conventionnelle classique le soin de définir les tarifs et les modalités des actes de télé-médecine ; le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés y avait insisté lors de son audition par notre commission.

Il semble qu'il n'y ait pas lieu de prévoir, à ce stade, des modalités dérogoires à la fixation des autres tarifs conventionnels.

Les auteurs des amendements s'inspirent du modèle de la commission créée pour les équipements matériels lourds. Il y avait en effet des enjeux particuliers pour les établissements exploitant ces appareils.

S'agissant de la télé-médecine, il sera important d'associer l'ensemble des acteurs en ville et à l'hôpital ; c'est l'idée qui sous-tend les amendements, sur lesquels la commission a souhaité connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Intégrer la télémédecine dans le droit commun était une demande générale pour permettre son déploiement rapide. Il y a donc une forme de contradiction à vouloir créer une commission qui ralentirait les procédures d'inscription dans le droit commun.

L'article 36 prévoit que les modalités des actes de télémédecine seront discutées dans le cadre conventionnel, comme celles de tout acte médical. Cela ne signifie pas qu'il n'y aura pas une réflexion avec les établissements de santé sur la manière dont ils s'intégreront dans le dispositif. D'autres méthodes existent pour cela : la tarification forfaitaire et la tarification au parcours permettront d'intégrer progressivement d'autres acteurs que la médecine libérale, qui fait l'objet de la négociation conventionnelle.

Pour ces raisons, je suggère aux auteurs des amendements de les retirer. Le Gouvernement y sera défavorable s'ils sont maintenus, parce que nous ne souhaitons absolument pas ralentir le processus actuel. Étant entendu que, bien entendu, nous discuterons avec les établissements et tous les autres acteurs pour préparer leur intégration progressive aux dispositifs de télémédecine et de téléexpertise.

**M. le président.** Monsieur Dériot, l'amendement n° 13 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

**M. Gérard Dériot.** Que, dans un premier temps, les règles soient fixées à l'intérieur de la convention signée avec les médecins, comme Mme la ministre l'a expliqué, cela se comprend tout à fait. Considérons qu'il s'agissait d'un amendement d'appel : il ne faudra pas, ensuite, oublier les autres professions médicales, infirmières et, bien entendu, pharmaciens...

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Ah bon ?

**M. Gérard Dériot.** Voyez combien vous êtes de médecins dans cet hémicycle et combien nous sommes, nous pharmaciens : il faut bien que mes confrères et moi-même défendions notre profession ! (*Sourires.*) Imaginez, chers collègues, que vous n'avez pas le réseau des pharmaciens sur l'ensemble du territoire : il y aurait certainement d'autres problèmes. Je vous le dis fort de vingt-cinq ans d'activité pharmaceutique, comme pharmacien d'officine et pharmacien biologiste.

Madame la ministre, n'oublions pas, dans un second temps, d'associer les pharmaciens et les autres professions médicales !

**M. le président.** Il me semble, mon cher collègue, que vous n'avez pas répondu à ma question...

**M. Gérard Dériot.** Je retire l'amendement, monsieur le président.

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

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 323 rectifié est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Je suis très sensible à l'argument de Mme la ministre : il ne faut pas ralentir la mise en œuvre du dispositif, que nous attendions avec une grande impatience et dont nous saluons l'instauration. Je retire donc mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 323 rectifié est retiré.

Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 242 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** Non, je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 242 rectifié *quater* est retiré.

L'amendement n° 597, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

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

L'activité de télémédecine implique nécessairement une profession médicale. C'est pourquoi des négociations seront très prochainement ouvertes entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins, pour intégrer la télémédecine dans la convention médicale.

Dans un second temps, d'autres professions, médicales ou non, seront amenées à participer au développement de la télémédecine, notamment pour organiser l'accès des patients aux soins médicaux à distance. Aussi le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit-il d'emblée une habilitation large, impliquant l'ensemble des professions conventionnées.

La convention des pharmaciens n'était toutefois pas incluse dans cet ensemble. Il faut donc rectifier le texte pour inclure les pharmaciens.

**M. Gérard Dériot.** Merci, madame la ministre !

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Comme je l'ai indiqué en demandant à Mme Morhet-Richaud de retirer son amendement, la commission n'a pas pu examiner cet amendement du Gouvernement. Il vise à réparer l'oubli des pharmaciens à l'article 36.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 597.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 231, présenté par MM. Morisset et Mouiller, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 18

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

**M. Jean-Marie Morisset.** Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 met fin au caractère expérimental de la télémédecine et la généralise pour partie en confiant aux partenaires conventionnels le soin de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Si l'objectif est de prévenir les hospitalisations et les transports, de faciliter la coordination entre professionnels de santé et d'améliorer l'accès aux soins, il ne faut pas encore une expérimentation de quatre ans pour inclure la télésurveillance ! Celle-ci aussi doit entrer maintenant dans le droit commun, afin de devenir rapidement un outil au service des médecins et de leurs patients.

**M. le président.** L'amendement n° 366 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Pillet, Mandelli, Frassa et Paul, Mmes Berthet et Garriaud-Maylam, M. Pellevat, Mme Micouveau, MM. Poniowski, Buffet, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent, Mme Deromedi et MM. Savin et Dufaut, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après le mot :

télésurveillance

insérer les mots :

et de suivi

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Les expérimentations qui pourront être menées pendant quatre ans grâce à l'article 36 ne doivent pas s'arrêter à la télésurveillance. En effet, la télé-médecine doit également pouvoir permettre le suivi du patient.

**M. le président.** L'amendement n° 121 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Alinéa 14

Remplacer les mots :

Le dixième alinéa du présent IV

par les mots :

L'alinéa précédent

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement vise à préciser le champ des expérimentations de télésurveillance, qui doivent concerner les patients pris en charge aussi bien en ville qu'en établissement de santé ou en établissement médico-social. Il procède pour cela à une coordination rédactionnelle.

**M. le président.** L'amendement n° 354 rectifié *ter*, présenté par M. Daudigny, Mme Blondin, MM. Cabanel et Iacovelli, Mme Guillemot, MM. Todeschini et Vaugrenard, Mmes Ghali et Conconne, M. Daunis, Mmes Tocqueville et Cartron, MM. Carcenac, Houllégatte et Raynal, Mme Espagnac, MM. Duran, Lalande, Boutant et Courteau, Mmes Bonnefoy et Rossignol, MM. Sutour et Mazuir, Mme Lubin et M. Jeansannetas, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Je reviens à l'insuffisance rénale chronique, sous le rapport, cette fois, de l'article 36, qui prolonge les expérimentations sur la télésurveillance pour l'année prochaine.

Ces expérimentations portent notamment sur la télésurveillance pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, mais n'intègrent pas la dialyse péritonéale à domicile, pourtant nécessaire dans cette modalité de prise en charge du patient, qui favorise son autonomie.

L'intégration de la dialyse à domicile dans ces expérimentations paraît nécessaire pour éviter les ruptures de parcours de soins et permettre le maintien d'un lien avec le médecin hospitalier qui assure le suivi du patient et, le cas échéant, l'évolution de son mode de traitement.

**M. le président.** L'amendement n° 122, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 17, première et dernière phrases

Remplacer le mot :

télé-médecine

par le mot :

télésurveillance

La parole est à Mme la rapporteur, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'amendement n° 122 vise à apporter une précision rédactionnelle.

L'amendement n° 231 tend à supprimer l'expérimentation de télésurveillance.

Il est vrai qu'on pourrait être tenté de sortir, y compris pour la télésurveillance, du cadre expérimental, afin d'avancer vers une tarification de droit commun. Toutefois, ce champ paraît moins mature et pose notamment des questions assez complexes de prise en charge des dispositifs médicaux innovants, sur lesquelles nous manquons parfois encore de recul.

Paradoxalement, c'est en matière de télésurveillance que les expérimentations autorisées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 en télé-médecine sont les plus avancées : plusieurs cahiers des charges ont été récemment publiés pour le suivi des patients atteints d'une insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire chronique, de diabète ou les porteurs de prothèse cardiaque. Cela devrait permettre d'avancer plus rapidement dans les mois qui viennent, du moins le souhaitons-nous.

Sous réserve des assurances que nous donnera Mme la ministre sur l'avancement des expérimentations en télésurveillance, je demanderai le retrait de l'amendement n° 231 ; mais nous voulons d'abord entendre le Gouvernement.

En ce qui concerne l'amendement n° 366 rectifié *bis*, je précise que, aux termes du décret de 2010 relatif à la télé-médecine, la télésurveillance a pour objet de « permettre à un

professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ». L'amendement nous a donc paru satisfait. J'en demande le retrait.

S'agissant enfin de l'amendement n° 354 rectifié *ter*, il tend à préciser que le cahier des charges relatif aux expérimentations de télésurveillance dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique, dont nous avons déjà débattu hier, intègre la dialyse à domicile.

L'expérimentation de télésurveillance doit s'articuler avec celle, engagée par ailleurs, sur le parcours de soins de ces patients. Il est apparu à la commission qu'il n'appartient pas à la loi de fixer les modalités de ces expérimentations, mais nous demandons à connaître l'avis de Mme la ministre, qui voudra bien nous éclairer sur la place de la dialyse à domicile dans les programmes engagés.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous sommes défavorables à l'amendement n° 231, parce que la télésurveillance est un acte beaucoup plus complexe que la téléconsultation ou la téléexpertise : elle fait souvent appel à des dispositifs médicaux, qui doivent faire la preuve d'un service médical rendu.

Nous souhaitons maintenir le cadre expérimental actuel. Je rappelle qu'un rapport au Parlement est prévu à mi-parcours, en juin 2019.

Sans conteste, la télésurveillance ne nous paraît pas encore mûre, comme l'a dit Mme la rapporteur, pour entrer dans le droit commun. Nous devons impérativement veiller à ce qu'elle apporte un service aux malades et ne soit pas potentiellement délétère.

L'amendement n° 366 rectifié *bis* nous paraît satisfait : ce qui est proposé est réalisable dans le cadre des expérimentations de télésurveillance. J'en demande donc le retrait, et j'y serai défavorable s'il est maintenu.

En revanche, l'avis est favorable sur l'amendement n° 121 rectifié de la commission. Nous sommes tout à fait d'accord pour couvrir l'ensemble du champ de l'offre de soins et le secteur médico-social.

S'agissant de l'amendement n° 354 rectifié *ter*, sur la dialyse à domicile, si nous partageons évidemment l'intérêt de M. Daudigny pour les modes de prise en charge à domicile, la définition du périmètre des cahiers des charges relatifs à la télésurveillance ne relève pas du domaine de la loi. Il n'y a pas d'expérimentation en cours, mais l'idée est naturellement très intéressante et pourrait être intégrée dans des expérimentations nouvelles. Nous allons y travailler.

Enfin, l'avis est favorable sur l'amendement rédactionnel n° 122.

**M. le président.** Monsieur Morisset, l'amendement n° 231 est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Morisset.** Compte tenu des précisions apportées par Mme la rapporteur et des engagements pris par Mme la ministre, s'agissant notamment du rapport intermédiaire d'évaluation prévu en 2019, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 231 est retiré.

Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 366 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 366 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 121 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 354 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement n'est pas de même nature que celui adopté hier sur le même sujet de l'insuffisance rénale chronique. Compte tenu de votre engagement, madame la ministre, à prendre en considération la prise en charge à domicile de ces patients dans les expérimentations de télésurveillance, je retire l'amendement.

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

Je mets aux voix l'amendement n° 122.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 479, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Pierre Ouzoulias.

**M. Pierre Ouzoulias.** Notre amendement vise à encadrer la pratique de la télémédecine à travers l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques de la télémédecine, qui serait rédigée en concertation avec les professionnels de santé, les centres de santé et les établissements de santé, notamment.

Au sujet de la télémédecine, dont nous avons beaucoup parlé, nous aimerions formuler deux observations.

La première, d'ordre technique, c'est qu'on ne doit pas s'imaginer que la télémédecine résoudra le problème des déserts médicaux. Car, malheureusement, dans nos campagnes – c'est un Corrèzien d'origine qui parle –, les déserts médicaux sont très souvent aussi des déserts numériques.

**Mme Nathalie Goulet.** Eh oui !

**M. Pierre Ouzoulias.** Or cette forme de médecine comporte des exigences techniques extrêmement contraignantes et aujourd'hui non satisfaites.

Notre seconde observation est d'ordre plutôt éthique : il faudrait éviter de déshumaniser la médecine. En effet, le praticien n'est pas un garagiste qui change des organes ; il est aussi un accoucheur des esprits. Nous avons donc besoin de maintenir un contact humain entre le praticien et son patient.

Pour cette raison, madame la ministre, nous souhaitons vivement pouvoir accompagner la réflexion à laquelle vous vous êtes engagée auprès de nos collègues du groupe GDR de l'Assemblée nationale pour mettre au point une charte de bonnes pratiques. *(Mme Laurence Cohen applaudit.)*

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'article 36 renvoie les discussions sur les tarifs et les modalités de la télémédecine à la négociation conventionnelle, mais Mme la ministre nous a indiqué que la Haute Autorité de santé serait également consultée sur les bonnes pratiques de télémédecine.

Un corpus de règles va donc se constituer. Aussi, il ne nous a pas semblé utile de prévoir dans la loi une telle charte, quel que soit son intérêt. Nous faisons confiance aux professionnels pour s'organiser.

L'avis est donc défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le sénateur, je suis tout à fait sensible à vos arguments.

Pour ce qui est du désert numérique, nous faisons bien entendu le même constat que vous : il est urgent de travailler pour lutter contre la désertification numérique. Couvrir les territoires concernés est l'une des priorités du secrétaire d'État au numérique, Mounir Mahjoubi, en vue, notamment, de permettre le déploiement de la télémédecine.

Le code de la santé publique prévoit déjà que les acteurs d'un projet de télémédecine signent une convention entre eux, qui organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les obligations qui leur incombent. Votre amendement me paraît donc satisfait.

Au-delà, je suis, comme vous, absolument convaincue que la télémédecine ne peut pas remplacer la relation singulière entre le médecin et son patient et la pratique de l'examen physique du malade. Pour cette raison, j'ai saisi la Haute Autorité de santé afin qu'elle nous aide à réfléchir à un encadrement, par exemple à l'identification des cas, des symptômes qui ne pourraient faire l'objet d'un acte de télémédecine. Les médecins présents dans l'hémicycle savent tous que, pour ausculter une personne ayant très mal au ventre, il faut lui poser une main sur le ventre – la téléconsultation est donc inenvisageable.

Nous avons besoin de travailler collectivement à une définition des bonnes pratiques pour accompagner ce virage de la télémédecine, d'où cette saisine de la Haute Autorité de santé. Votre amendement m'apparaît donc largement satisfait par les orientations prises par le Gouvernement dans ce domaine, et je vous invite à le retirer.

**M. le président.** Monsieur Ouzoulias, l'amendement n° 479 est-il maintenu ?

**M. Pierre Ouzoulias.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 479 est retiré.

Je mets aux voix l'article 36, modifié.

*(L'article 36 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 36

**M. le président.** L'amendement n° 481, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Cet amendement vise à limiter les dépassements d'honoraires, en remplaçant « le tact et la mesure », la notion actuellement inscrite dans la loi, par un plafond défini par décret.

La négociation sur l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie était effectivement censée encadrer la maîtrise des dépassements d'honoraires. Les signataires de la convention devaient s'engager à maintenir ou à développer leur part d'activité en tarif opposable constatée lors de la signature du contrat, mais c'est là une contrainte de faible portée pour les praticiens dont la part d'activité exercée en secteur 1 était déjà réduite. Cette contrainte leur procure d'ailleurs des avantages importants : prise en charge des cotisations sociales sur les honoraires correspondant à l'activité réalisée au tarif opposable et bénéfice des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur 1.

La mise en œuvre de ce dispositif a démontré l'inefficacité de cette contractualisation. J'en veux pour preuve le rapport d'activité 2016 de la direction de la conciliation de l'assurance maladie : il révèle que les refus ou les problèmes d'accès aux soins ont progressé de 8 % entre 2013 et 2016, le motif le plus signalé étant celui du refus du tiers payant, suivi par les dépassements d'honoraires.

Nous proposons donc un encadrement réel de la pratique des dépassements d'honoraires, en fixant un plafond maximal par arrêté.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La notion actuelle « le tact et la mesure » nous a semblé moins rigide qu'un plafond uniforme qui serait fixé par décret. Elle permet de prendre en compte la diversité des situations, tout en protégeant les assurés. Nous demandons donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le précédent gouvernement a mis en place une logique de régulation : le contrat d'accès aux soins. La convention médicale de 2016 a prévu une option pratiques tarifaires maîtrisées, dite OPTAM, avec une déclinaison spécifique pour les chirurgiens et les obstétriciens, afin d'attirer de nouveaux adhérents à ces contrats d'accès aux soins. Les conditions d'adhésion et de tarification à l'OPTAM se sont assouplies à plusieurs égards.

Cet accord commence à porter ses fruits : entre avril et août 2016, la tendance à l'adhésion des nouveaux médecins à ces pratiques est en hausse, avec près de 10 000 médecins qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM chirurgie & obstétrique.

Ce dispositif de régulation est en train de trouver sa place et les médecins adhèrent de plus en plus facilement. Il ne nous paraît donc pas opportun d'y mettre fin et de revenir sur des accords signés, ce qui pourrait provoquer des déconventionnements.

Pour ces raisons, nous proposons aux auteurs de cet amendement de bien vouloir le retirer. Sans cela, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** Monsieur Watrin, l'amendement n° 481 est-il maintenu ?

**M. Dominique Watrin.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 481.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 480, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement, comme celui que Dominique Watrin vient de présenter, est un amendement de repli, puisque nous sommes opposés à toute barrière financière aux soins : dépassements d'honoraires, franchises médicales et participations forfaitaires de tous genres.

Ici, nous proposons de rétablir les sanctions financières qui ont été supprimées par la loi HPST. Vous nous expliquez, madame la rapporteur, que les termes « tact et mesure » sont mieux adaptés...

Je vous donne un exemple concret, vécu voilà deux jours : pour une consultation de cinq minutes chez un ophtalmo dans le quartier du Sénat, 150 euros ! Je ne sais pas si l'on peut parler de tact et de mesure ! En tout cas, nous n'avons pas la même conception des choses, car, pour moi, ce sont là des dépassements d'honoraires exagérés.

J'évoque une expérience individuelle, mais, dans son rapport sur la sécurité sociale, la Cour des comptes a jugé inefficaces les mesures – Mme la ministre vient de les rappeler – mises en place pour lutter contre les dépassements d'honoraires. En dix ans, la proportion des spécialités installées en secteur 2 a augmenté, passant de 39,2 %, au total, des spécialistes libéraux en 2006 à 44,3 % en 2015. Pour quelques spécialités, les dépassements d'honoraires sont presque devenus la norme : 84 % des gynécologues et 69 % des ophtalmologues en pratiquent.

Nous sommes cette fois-ci d'accord avec la Cour des comptes, qui a estimé les effets du nouveau dispositif très limités, et ce pour un coût très élevé. En effet, si la hausse du taux moyen des dépassements d'honoraires a bien été enrayerée, passant de 55 % en 2011 à 51 % en 2015, c'est au prix d'une forte dépense publique, puisque, pour éviter 1 euro de dépassement, l'assurance maladie a dépensé 10 euros.

La Cour des comptes a par ailleurs dénoncé la tolérance des caisses d'assurance maladie à l'égard des « gros dépasseurs » – l'exemple que j'ai mentionné entre peut-être dans cette catégorie –, avec seulement quatorze sanctions prononcées entre 2012 et la fin de l'année 2015 à l'égard des médecins refusant d'infléchir leur pratique tarifaire...

C'est pourquoi nous proposons de rétablir cette sanction pour les professionnels de santé qui ne respecteraient pas le principe du tact et de la mesure, ainsi, d'ailleurs, que pour ceux qui pratiquent des refus de soins.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Des sanctions pécuniaires peuvent déjà être prises à l'encontre des professionnels de santé, dans le cas de dépassements d'honoraires abusifs. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire est par ailleurs compétente pour connaître des fautes ou des abus à l'occasion de soins dispensés aux assurés. Il n'a pas semblé opportun, à la commission, d'ajouter un nouvel étage à cet arsenal de sanctions. C'est donc une demande de retrait ou, à défaut, un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pour les mêmes raisons, l'avis est défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je ne vois pas ce qui permet de penser que les mesures mises en place sont efficaces. La Cour des comptes, elle-même, mentionne quatorze sanctions entre 2012 et 2015. Cela signifie qu'on laisse courir !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 480.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques.

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

L'amendement n° 232 est présenté par MM. Morisset et Mouiller.

L'amendement n° 324 est présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 430 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, A. Marc, Lagourgue, Watted et Fouché.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 162 rectifié *ter*.

**M. Alain Houpert.** J'ai eu l'honneur de participer à la rédaction de la loi HPST, qui a inscrit dans le marbre la télémédecine et la téléradiologie. Cette dernière, véritable avancée scientifique et technologique, permet aux territoires les plus reculés d'avoir accès à un radiologue. Malheureusement, la législation actuelle sur la télémédecine ne permet pas de garantir que les actes de téléradiologie soient réalisés conformément à la réglementation.

Ainsi, nous voyons apparaître des sociétés *low cost* situées au diable vauvert, qui interprètent les scanners sans que l'on n'ait aucune action sur la signature. On ne connaît pas le radiologue, on ne sait rien de ses diplômes ni du respect de la réglementation et de la déontologie au sein de l'entreprise. Je ne m'abaisserai même pas à parler des tarifs médicaux réglementaires ; j'en resterai simplement à l'exigence de qualité : elle s'impose pour un acte de radiologie, comme pour tout autre acte médical.

Il existe donc une rupture d'égalité entre, d'une part, le patient qui habite rue de Vaugirard, dans le VI<sup>e</sup> arrondissement de Paris, et qui, pour obtenir un scanner ou une IRM, se rendra chez un radiologue et, d'autre part, le patient qui habite dans le Châtillonnais, au nord de la Bourgogne,...

**Mme Nathalie Goulet.** Ou dans l'Orne !

**M. Alain Houpert.** ... et qui verra son scanner interprété à Abou Dhabi.

Le présent amendement vise à définir des règles communes, comme, par exemple, celles qui sont inscrites dans la charte de téléradiologie élaborée par le Conseil professionnel de la radiologie française et cosignée par le Conseil national de l'Ordre des médecins. De telles règles sont de nature à garantir le respect des conditions d'un acte médical, de sa tarification, du traitement des dossiers des patients, etc.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Morisset, pour présenter l'amendement n° 232.

**M. Jean-Marie Morisset.** Notre collègue Alain Houpert a parfaitement bien défendu son amendement, identique au présent amendement. Je partage entièrement sa position.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 324.

**M. Yves Daudigny.** L'argumentation d'Alain Houpert est effectivement excellente, et je la partage. Je voudrais insister sur la nécessité de prendre garde, avec le développement de nouvelles pratiques reposant sur l'utilisation des technologies modernes, à cette problématique d'installation de sociétés *low cost* susceptibles de nuire, comme cela a été fort bien dit, à la qualité des travaux médicaux rendus. C'est le sens de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 430 rectifié *bis*.

**M. Daniel Chasseing.** Je partage les argumentations précédentes et je m'interroge : la télémédecine ne devrait-elle pas être envisagée après accord du médecin traitant, ce qui éliminerait peut-être certaines utilisations intempestives ?

Tant que j'ai la parole, je voudrais rassurer mon collègue Pierre Ouzoulias, que j'espère retrouver en Corrèze, d'ailleurs. Le conseil départemental vient de décider la mise en œuvre, pour 2020, d'un projet magnifique – « Fibre à la maison » – auquel, outre le département, participeront l'État, la région et les communautés de communes. La télémédecine pourra être déployée en Corrèze !

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

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** *A priori*, il ne semble pas forcément justifié de distinguer les actes de téléradiologie des autres actes de télémédecine, notamment de téléexpertise. Néanmoins, les inquiétudes relayées par nos collègues, et très

bien décrites par Alain Houpert, sont effectivement fortes parmi les professionnels de santé et les patients. La commission souhaite donc connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis totalement en accord avec le constat ici dressé, étant moi-même sidérée de voir comment certains établissements s'engouffrent dans un vide juridique ou contournent le code de la santé publique pour adresser tel ou tel cliché ailleurs, parfois dans d'autres pays, avec une qualité d'interprétation questionnable. Je m'étais déjà emparée du sujet lorsque je siégeais à la Haute Autorité de santé, et je souhaite bien évidemment procéder à un travail d'encadrement aujourd'hui.

C'est l'ensemble du cadre réglementaire, pour la télémédecine et la téléexpertise – nous sommes bien ici dans le champ de la téléexpertise, puisque nous parlons de clichés adressés à un médecin –, qui sera discuté à l'occasion de la convention médicale. Cette négociation concernera non seulement les tarifs, mais aussi les conditions.

L'entrée de la téléexpertise dans le droit commun nous permettra d'encadrer correctement ces pratiques qui, nous en sommes absolument tous conscients, sont déviantes. Tel est l'objectif de la convention et de cette négociation qui débute.

Par ailleurs, je saisis la Haute Autorité de santé pour améliorer encore l'encadrement de certains actes et élaborer un guide des bonnes pratiques, également adossé à certains actes.

Il me semble donc que nous menons actuellement le travail de régulation nécessaire et que les amendements tels qu'ils sont rédigés – « la définition des actes de téléradiologie ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret » – n'apportent rien aux évolutions proposées.

La téléradiologie n'est rien d'autre que de la téléexpertise, dont l'entrée dans le droit commun sera négociée dans le cadre de la convention médicale.

En outre, il est proposé de passer par un décret, alors que la convention vise, justement, à définir le cadre et réguler les tarifs.

Ces amendements seront satisfaits par l'action du Gouvernement, mais je peux m'engager devant vous, mesdames, messieurs les sénateurs, à accorder une attention toute particulière à la mise en œuvre de cette convention médicale s'agissant de la téléradiologie. J'insiste toutefois sur le fait que nous sommes en train d'organiser le champ de la téléexpertise.

Pour ces raisons, et tout en tenant à vous faire part de mon engagement personnel sur le sujet, je demande le retrait de ces amendements. À défaut, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

**M. Alain Houpert.** Madame la ministre, vous affirmez que la téléradiologie entre dans le champ de l'expertise. Pour moi, c'est un vœu pieux ! En tant que radiologue, je constate chaque jour des erreurs de diagnostic, avec parfois un diagnostic qui ne correspond même pas au patient.

Il y a un problème : on exige la traçabilité pour les aliments ; pourquoi ne l'exigerait-on pas pour les examens médicaux ? Or, pour qu'il y ait traçabilité, il faut un cycle

court, et nous pouvons trouver des compétences! Nous disposons de radiologues dans les hôpitaux ou à la retraite qui ne demanderaient qu'à exercer, à aider les patients. La médecine est une mission, une vocation – n'est-ce pas, mon cher collègue Alain Milon? –; elle nous habite!

Je ne suis pas d'accord avec vous, madame la ministre. Rassurons les radiologues, en particulier ceux qui ont une activité de téléradiologie – ils sont pratiquement tous en secteur 1. Rassurons-les, et apportons de la qualité aux patients!

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je vais évidemment soutenir la démarche d'Alain Houpert sur cette question de la téléradiologie. Mais je voudrais aller plus loin, car nous assistons actuellement, et je sais que vous en êtes consciente, madame la ministre, à un véritable dévoiement de l'acte médical.

Il y a le problème de la téléradiologie, mais aussi celui des propositions de deuxième consultation. Vous consultez votre médecin, qui établit un diagnostic et vous remet une prescription, et certains organismes complémentaires vous suggèrent alors, au cas où votre médecin se serait trompé, de consulter leur propre médecin par téléphone pour en avoir le cœur net.

Il y a urgence en la matière, car le numérique est en train de prendre le pas sur l'acte médical humain. C'est pourquoi je soutiens très fortement ces amendements.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

**Mme Nathalie Goulet.** Je les soutiens également. Je ne suis ni médecin ni radiologue, mais un malade en puissance. D'ailleurs, nous le sommes tous, mes chers collègues, et c'est pourquoi nous avons tout intérêt à être vigilants. La description qui a été faite de l'ubérisation, en quelque sorte, de la lecture des clichés est assez terrifiante.

Je voudrais profiter du temps qu'il me reste pour rassurer Alain Houpert sur la qualité des soins à Abou Dhabi. Présidant le groupe interparlementaire d'amitié avec les pays du Golfe, je peux assurer qu'elle est parfaite. Peut-être faudra-t-il retirer cette mention du procès-verbal.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je ne souhaite clairement pas l'ubérisation de la médecine – pas plus de la radiologie que de n'importe quel autre acte médical. Je pense, mesdames, messieurs les sénateurs, que vous avez bien saisi mon positionnement en faveur de la qualité des soins. Pour autant, il y a des pertes de chance dans certains territoires.

Il est des territoires sur lesquels on pourrait tout à fait proposer un service d'IRM de nuit, afin, par exemple, d'être en mesure de procéder à un diagnostic sur un accident vasculaire cérébral, sans forcément disposer de radiologues présents, ce que, nous le savons, nous aurons du mal à obtenir. Or de l'IRM dépendront un acte de thrombectomie ou le transport du malade en urgence.

Il faut donc parvenir à développer ce type de téléexpertises à distance pour sauver certains hôpitaux de proximité. Nous avons beaucoup parlé de déserts médicaux et d'accès aux soins; ce genre d'offres, justement, permet un accès aux soins de proximité, sans avoir nécessairement besoin d'un radiologue de garde présent toute la nuit.

Dans certains cas, le service rendu au patient sera réel et cela ne signifie pas pour autant qu'il faut ubériser toute la radiologie française. Ce n'est vraiment pas l'objectif!

C'est pourquoi je souhaite qu'un encadrement soit mis en place et que la Haute Autorité de santé distingue bien les actes qui doivent bénéficier de la téléexpertise et ceux qui nécessitent la présence du médecin. Pour une mammographie, par exemple, il vaut mieux que le médecin examine les seins de la femme.

Tout cela mérite d'être organisé sur le territoire, et c'est ce que nous allons faire.

Dans ces amendements, il est proposé que la prise en charge financière des actes de téléradiologie soit fixée par décret. Ce seraient donc les seuls actes médicaux pour lesquels le tarif serait fixé par décret. Cette mesure ne semble pas judicieuse, et c'est la raison pour laquelle je maintiens mon avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Si je partage l'objectif visé, je partage aussi l'avis de Mme la ministre quant à la rédaction de ces amendements, notamment la fixation par décret, qui écarte de fait la négociation conventionnelle.

Sur le fond, nous avons tous la même volonté d'éviter une marchandisation de la téléexpertise, mais l'exemple donné par Mme la ministre sur les accidents vasculaires cérébraux et la possibilité d'accélérer le délai pour les thrombectomies correspond à une réalité que nous vivons sur tous nos territoires.

Notre matière est tout de même législative, donc juridique, et même si le président de la commission se déclare favorable à ces amendements, je n'y suis pas favorable. Nous nous en remettrons donc à la sagesse du Sénat.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 162 rectifié *ter*, 232, 324 et 430 rectifié *bis*.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 36.

L'amendement n°482, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé:

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Pierre Ouzoulias.

**M. Pierre Ouzoulias.** Nous avons été interpellés au sujet de la situation des praticiens à diplômes hors Union européenne, dits PADHUE, qui exercent dans les hôpitaux français dans le cadre de contrats précaires de courte durée, sans perspectives d'évolution ni de stabilité dans leur carrière, et pour des rémunérations souvent inférieures à celles de leurs confrères diplômés en France ou dans l'Union européenne. Ces praticiens forment, en quelque sorte, la masse des travailleurs détachés de la médecine. Ils sont détenteurs de diplômes post-doctoraux en France, mais la procédure d'autorisation d'exercice ne prend pas en considération leurs expériences dans notre pays et le nombre de postes ouverts aux candidats non résidents est pratiquement nul.

Les besoins de praticiens médicaux en France – nous l'avons dit, mais je le répète – et les inégalités d'accès aux soins dans les déserts médicaux sont grandissants. En permettant l'exercice, jusqu'au 31 décembre 2024, aux praticiens recrutés dans les établissements de santé avant le 31 décembre 2016, notre assemblée apporterait une véritable amélioration à cette situation. Pour ces raisons, nous proposons de reconduire les épreuves de vérification des connaissances pour les praticiens, dès lors qu'ils justifient d'au moins deux mois d'exercice entre le 31 mai 2016 et la date de publication et d'avoir exercé trois ans en équivalent temps plein.

La disparité des statuts des praticiens et les inégalités qu'elle entraîne ne sont plus acceptables, d'autant que nous sommes face à des professionnels de santé diplômés, disposant de diplômes et de qualifications équivalentes à leurs homologues professionnels « nationaux ». À responsabilités égales, les praticiens doivent avoir une rémunération similaire !

Ce n'est pas en continuant de recruter en contractuels les professionnels de santé diplômés hors Union européenne que nous améliorerons le service public rendu. Ces derniers ne sont pas destinés à demeurer la variable d'ajustement des plannings, notamment le soir, le week-end ou dans les services d'urgence. Tel est le sens de cet amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'enjeu, ici, est d'accompagner les professionnels concernés, tout en demeurant, bien évidemment, exigeants sur la qualité des soins.

Il nous a semblé que cet amendement n'entraîne pas forcément dans le cadre du PLFSS et qu'il était peut-être prématuré d'engager une évolution sur le sujet. Nous souhaitons néanmoins, madame la ministre, que vous puissiez apporter

des garanties sur cette question des praticiens ayant obtenu un diplôme hors de l'Union européenne. C'est pourquoi la commission a souhaité entendre l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous nous penchons actuellement sur le sujet des PADHUE. Cet amendement vise à poursuivre leur activité jusqu'au 31 décembre 2024. Or il se trouve que je travaille sur la question et que je souhaite améliorer, en 2018, la procédure d'autorisation d'exercice pour l'ensemble de ces praticiens.

Plutôt que de se limiter, comme proposé dans cet amendement, à une simple et nouvelle reconduction, en le maintenant à l'identique, d'un dispositif transitoire réservé à une catégorie spécifique de praticiens, je suis en train de concevoir une procédure prenant appui sur les acquis du troisième cycle des études médicales, tout juste rénové et sur lequel je vais engager ces praticiens, de sorte qu'ils aient, soit une validation des acquis de l'expérience, soit accès à une pratique non dérogatoire.

Je vous suggère donc, monsieur Ouzoulias, de retirer votre amendement, sans quoi j'y serai défavorable.

**M. le président.** Monsieur Ouzoulias, l'amendement n° 482 est-il maintenu ?

**M. Pierre Ouzoulias.** Votre proposition, madame la ministre, va plus loin que nos demandes. Par conséquent, nous retirons l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 482 est retiré.

### Article 37

- ① I. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A (*nouveau*) Au 9° de l'article L. 161-37, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « avant-dernier » ;
- ③ 1° Le troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :
- ④ a) À la fin de la première phrase, les mots : « après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » sont remplacés par les mots : « après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis, le cas échéant, de la Haute Autorité de santé lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation » ;
- ⑤ b) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑥ 2° Après l'article L. 162-1-7-3, il est inséré un article L. 162-1-7-4 ainsi rédigé :
- ⑦ « Art. L. 162-1-7-4. – Les actes ou prestations réalisés en équipe par plusieurs professionnels de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, peuvent faire l'objet d'une inscription spécifique sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 lorsqu'ils sont réalisés dans une ou plusieurs des situations suivantes :
- ⑧ « 1° Dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un professionnel de santé libéral ;
- ⑨ « 2° Dans un centre de santé ;
- ⑩ « 3° Dans le cadre d'un exercice salarié dans un établissement de santé.

- 11 « Les conditions d'inscription spécifique de ces actes ou prestations, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- 12 « Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 13 « Lorsque les actes ou prestations réalisés en équipe ont fait l'objet d'un avis favorable du collège des financeurs, prévu à l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, l'avis de la Haute Autorité de santé mentionné au cinquième alinéa du présent article n'est pas nécessaire. » ;
- 14 3° Au quatrième alinéa de l'article L. 162-1-8, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».
- 15 II. – Le chapitre unique du titre I<sup>er</sup> du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 16 1° L'article L. 4011-2 est ainsi modifié :
- 17 a) Au début de la première phrase du deuxième alinéa, sont ajoutés les mots : « Lorsque leur mise en œuvre implique un financement dérogatoire, » ;
- 18 b) À la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « et », sont insérés les mots : « , pour les protocoles impliquant un financement dérogatoire, » ;
- 19 c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 20 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent les priorités nationales en matière de protocoles de coopération. Pour les projets de protocoles relevant de ces priorités, les avis de la Haute Autorité de santé et, le cas échéant, du collège des financeurs sont rendus dans un délai de six mois à compter de leur transmission par l'agence régionale de santé. » ;
- 21 2° L'article L. 4011-2-1 est ainsi modifié :
- 22 a) Au premier alinéa, les mots : « et de représentants » sont remplacés par les mots : « , de la Haute Autorité de santé, » ;
- 23 b) À la fin du second alinéa, les mots : « et à la Haute Autorité de santé » sont supprimés ;
- 24 3° L'article L. 4011-2-3 est ainsi modifié :
- 25 a) Les deux dernières phrases du second alinéa du I sont remplacées par une phrase ainsi rédigée : « La Haute Autorité de santé rend un avis sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique. » ;
- 26 b) À la fin du premier alinéa du III, les mots : « au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération » ;
- 27 c) Le même III est complété par un 4° ainsi rédigé :
- 28 « 4° Le collège des financeurs détermine les modalités de financement et de rémunération définitives des actes et prestations réalisés, sous réserve de leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale selon la procédure prévue au II de l'article L. 162-1-7-4 du même code. Dans ce cas, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent

proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes et prestations sur la liste susmentionnée. » ;

- 29 d) Le IV est abrogé.

**M. le président.** L'amendement n° 156 rectifié *ter*, présenté par Mmes Lassarade, Di Folco et Gruny, MM. Paul, Paccaud, Mouiller, Revet, Chaize, Carle et Laménie et Mme Bories, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Je porte cet amendement au nom de ma collègue Florence Lassarade.

De par la loi, la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations – la CHAP – a pour mission d'établir les règles de hiérarchisation des actes de sa profession et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Actuellement, concernant la détermination du coût de la pratique affecté à chaque acte, l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale indique que l'UNCAM « définit le tarif de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles de hiérarchisation ».

L'objet de cet amendement est de permettre à la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations, qui est une instance paritaire, de piloter et de déterminer la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission s'est trouvée un peu perplexe quant au dispositif proposé par l'amendement. En effet, à la lecture combinée du dispositif et de l'objet, on ne comprend pas bien s'il s'agit de donner compétence aux CHAP pour la détermination des règles d'évaluation du tarif associé à chaque acte ou celle de son préalable, à savoir le coût qui serait associé à la pratique. S'il faut retenir le deuxième cas, la demande est satisfaite par la pratique des CHAP.

Mais compte tenu de l'imprécision de la rédaction, il nous a paru difficile d'intégrer cette modification.

L'avis est donc défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La Commission de hiérarchisation des actes et des prestations regroupe aujourd'hui des experts dont la fonction est d'apprécier le niveau de mobilisation d'un professionnel en fonction de la complexité d'un acte. Cette expertise est reconnue et fonde tout le dispositif d'inscription et de hiérarchisation des actes. Il revient en revanche à l'assurance maladie de procéder à l'inscription et à la tarification de la pratique, à partir de cette hiérarchisation.

Si on étendait les compétences des CHAP au coût de la pratique, cela reviendrait à bouleverser les règles de fixation des tarifs par l'assurance maladie, en transformant des experts scientifiques en analystes économiques.

L'avis est donc défavorable.

**M. Philippe Mouiller.** Je retire l'amendement !

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

L'amendement n° 123, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Remplacer cet alinéa par onze alinéas ainsi rédigés :

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

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

b) Au troisième alinéa, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « du présent I » ;

c) Au quatrième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

d) Après le cinquième alinéa, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

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

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement tend à rétablir la procédure d'inscription accélérée des actes à la nomenclature, qui figurait dans le texte initial du Gouvernement et qui a été supprimée par l'Assemblée nationale. Cette procédure passe par un dessaisissement temporaire des CHAP en cas de blocage.

Le choix de la solution que nous préconisons résulte d'une volonté de concilier deux objectifs : si l'association des partenaires conventionnels doit toujours être privilégiée lorsqu'il s'agit de faire évoluer les cadres et conditions de l'exercice professionnel, l'accès des patients à l'innovation thérapeutique doit également constituer une priorité.

De ce point de vue, le dispositif proposé *via* le présent article paraît relativement équilibré.

Tout d'abord, il convient de souligner que la rédaction proposée reconnaît une simple faculté d'intervention à l'UNCAM. Elle ne lui donne pas obligation d'intervenir à l'issue du délai prévu pour la prise de décision des CHAP.

Ensuite, le dispositif proposé préserve la compétence de principe des CHAP, qui ne deviendront pas de simples instances consultatives. Leur dessaisissement ne sera que temporaire, la rédaction proposée pour l'article L. 162-1-8 prévoyant la possibilité d'une nouvelle inscription suivant la procédure de droit commun. Les CHAP auront d'ailleurs la possibilité, lors de ce nouvel examen, de voter une hiérarchisation différente de celle établie par l'UNCAM.

Enfin, le délai proposé pour la phase de hiérarchisation de droit commun, onze mois au maximum, paraît raisonnable : on peut imaginer qu'une décision éclairée puisse survenir dans ce délai. Au total, l'application de l'ensemble de la procédure aboutirait à une inscription d'un acte nouveau en un an et demi, ce qui peut apparaître comme un maximum raisonnable. On a connu des délais beaucoup plus longs !

Néanmoins, pour répondre à certaines interrogations exprimées par les CHAP, nous avons prévu la possibilité d'une prolongation du délai, au-delà des onze mois, lorsque la CHAP compétente justifie de difficultés d'ordre technique ou scientifique particulières.

Mes chers collègues, je le répète, nous préférons la rédaction initiale du présent article au texte voté par l'Assemblée nationale. Nous y avons ajouté une souplesse en permettant une prolongation du délai en cas de difficulté.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement avait émis un avis favorable sur l'amendement proposé par le rapporteur à l'Assemblée nationale. Par souci de cohérence, nous allons rester fidèles à l'accord que nous avons donné. Voilà pourquoi j'é mets un avis défavorable sur cet amendement.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Alors comme cela, il y a des préférences ! (*Sourires.*)

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Non, je ne préfère personne, monsieur le président. (*Nouveaux sourires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 123.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 338 rectifié, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 20, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

**M. Bernard Jomier.** Le présent amendement vise à résoudre une difficulté qui minore le recours aux protocoles de coopération, à savoir les délais importants d'instruction et de réponse.

Dans un certain nombre de cas significatifs, ces délais sont induits par une difficulté à apprécier la pertinence du protocole au regard des priorités nationales.

Cet amendement tend à mieux préciser ces priorités nationales, afin d'accroître le recours aux protocoles de coopération, qui sont nécessaires.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Bien sûr, je souscris à la préoccupation exprimée par les auteurs de l'amendement. D'ailleurs, il paraîtrait difficile de ne pas y adhérer, tant la formulation retenue est large. Toutefois, et pour cette raison précise, cette disposition nous paraît inutile : le domaine visé est si vaste que je ne vois pas comment les priorités retenues pourraient ne pas y correspondre.

Même s'il s'agit d'une difficulté quelque peu secondaire, je relève, de plus, un problème de rédaction.

Pour ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Jomier, je vous remercie de veiller à ce que ma stratégie nationale de santé voie ses axes prioritaires inscrits dans la loi. (*Sourires.*) Cela étant, nous travaillons actuellement à un arrêté destiné à fixer les priorités pour les protocoles de coopération. Voilà pourquoi je vous suggère de retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Jomier, l'amendement n° 338 rectifié est-il maintenu ?

**M. Bernard Jomier.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 338 rectifié est retiré.

L'amendement n° 124, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 28, première phrase

Remplacer la référence :

au II

par la référence :

au cinquième alinéa

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 124.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 37, modifié.

(*L'article 37 est adopté.*)

#### Article additionnel après l'article 37

**M. le président.** L'amendement n° 191 rectifié *bis*, présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. de Legge, Cornu et D. Laurent, Mme Duranton, MM. Meurant et Bazin,

Mme Garriaud-Maylam, M. Grosdidier, Mme Gruny, MM. Leroux, B. Fournier, Milon, Lefèvre et Cardoux, Mmes Di Folco, Imbert, Deseyne et Deromedi, MM. Kennel, Gilles, Mayet, Courrial et Dallier, Mme Keller, MM. Carle, Darnaud et Mandelli, Mmes F. Gerbaud, Bories et Canayer, M. Dufaut, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Revet et Vaspart, Mmes Troendlé et Puissat, MM. Perrin, Raison, Vogel, de Nicolaÿ, Paccaud, Rapin, Mouiller, Genest et Amiel, Mmes Doineau et Lamure et MM. Husson et Savin, est ainsi libellé :

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

2° Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud.

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Le code général des collectivités territoriales, par son article L. 2223-42, dispose que seul un médecin peut délivrer un certificat attestant le décès et autorisant, de ce fait, la fermeture du cercueil. Ce document officiel permet d'établir que le décès ne suscite pas d'interrogation d'ordre médico-légal et que le défunt n'est pas mort d'une maladie contagieuse répertoriée par l'Organisation mondiale de la santé. Il permet la prise en charge du corps par les pompes funèbres. L'imprimé correspondant est rempli par tout praticien inscrit à l'Ordre des médecins, sur la base du volontariat.

L'établissement des certificats de décès a été abordé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Celle-ci a prévu une prise en charge forfaitaire des certificats établis au domicile par les médecins dans le cadre de la permanence des soins.

Les textes d'application ont été publiés le 10 mai 2017. Pour autant, le problème récurrent du manque de praticiens médicaux pour dresser le constat de décès n'a pas été résolu : il devient très difficile, notamment dans certaines zones, qu'un médecin se déplace dans un délai raisonnable, ce qui n'est acceptable ni d'un point de vue administratif ni sur le plan humain.

En laissant aux seuls médecins la possibilité de délivrer un certificat de décès, la loi ne tient pas suffisamment compte de l'évolution de notre société et du développement des déserts médicaux. C'est pourquoi il est souhaitable de prévoir un dispositif plus souple pour s'adapter à ce phénomène qui touche désormais les espaces ruraux, ainsi que certaines villes.

Tel est l'objet de ces dispositions qui, en s'inspirant de règles adoptées au Canada, permettent l'établissement du certificat de décès par l'infirmière ou l'infirmier ayant dispensé des soins pendant la dernière maladie, lorsque l'issue de celle-ci était prévisible.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cette proposition a suscité un grand débat en commission.

Eu égard aux difficultés qui se présentent parfois pour obtenir un médecin, et que Mme Morhet-Richaud a soulignées, certains étaient favorables à cet amendement. Il s'agirait de permettre à l'infirmière ou à l'infirmier qui a dispensé les soins d'établir l'acte de décès lorsque l'issue fatale était prévisible.

Néanmoins, ces dispositions ont également suscité de fortes oppositions au sein de la commission. En effet, elles comportent des risques : la signature d'un certificat de décès est délicate, notamment lorsqu'il faut préciser qu'il n'y a pas eu de mort suspecte.

J'ajoute que, sur le plan législatif, la notion de prévisibilité du décès est assez complexe à définir.

Aussi, la commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame la rapporteur, vous avez raison : ces dispositions sont intéressantes, car elles renvoient à une vraie question, à une vraie problématique de terrain. Toutefois, je ne suis pas sûre que la rédaction choisie soit la bonne ; je doute même que l'inscription d'une telle mesure dans le cadre législatif puisse nous aider à résoudre le problème.

Nous devons travailler ce sujet avec le ministère de l'intérieur, car il s'agit d'actes médico-légaux. Nous devons également examiner la question des délégations de tâches, pour ce qui concerne l'encadrement.

Madame Morhet-Richaud, telles qu'elles sont rédigées, les dispositions de cet amendement poseraient bon nombre de problèmes de mise en œuvre. Je vous propose d'y travailler et de revenir vers vous, peut-être au titre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Peut-être aussi ces mesures ne relèveront-elles pas du domaine législatif. Cela étant, je vous l'assure, nous allons explorer la piste que vous proposez.

Pour l'heure, je vous suggère de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 191 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Patricia Morhet-Richaud.** Au vu des avis que Mme la rapporteur et Mme la ministre ont exprimés et compte tenu de l'engagement pris de travailler cette question, qui me paraît très importante pour nos territoires en matière de simplification, je retire mon amendement.

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

### Article 38

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-16-5 est ainsi modifié :

- ③ a) À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « , de la sécurité sociale et de l'économie » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;
- ④ b) Après le deuxième alinéa du même I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « La marge mentionnée au premier alinéa du I peut être réduite compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité. » ;
- ⑥ c) Le II devient le III ;
- ⑦ d) Le II est ainsi rétabli :
- ⑧ « II. – Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix de cession prévu au I minoré de la marge mentionnée au premier alinéa du même I. » ;
- ⑨ e) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ⑩ « IV. – La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.
- ⑪ « Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Le premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ⑭ – aux première, deuxième et dernière phrases, après le mot : « responsabilité », sont insérés les mots : « et le prix limite de vente aux établissements » et le mot : « publié » est remplacé par le mot : « publiés » ;
- ⑮ – aux première et deuxième phrases, les mots : « est fixé » sont remplacés par les mots : « sont fixés » ;
- ⑯ – à la dernière phrase, après les mots : « au tarif », sont insérés les mots : « et au prix limite » ;
- ⑰ b) Le deuxième alinéa du même I est ainsi modifié :
- ⑱ – au début de la première phrase, les mots : « Ce tarif est fixé » sont remplacés par les mots : « Ce tarif et ce prix limite sont fixés » ;
- ⑲ – à la seconde phrase, les mots : « Il peut être fixé » sont remplacés par les mots : « Ils peuvent être fixés » et le mot : « baissé » est remplacé par le mot : « baissés » ;
- ⑳ c) Le II devient le III
- ㉑ d) Le II est ainsi rétabli :
- ㉒ « II. – Le prix d'achat des spécialités acquitté par l'établissement ne peut être supérieur au prix limite de vente défini au I. » ;
- ㉓ e) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ㉔ « IV. – La base de remboursement d'une spécialité peut faire l'objet d'un tarif unifié fixé par décision du Comité économique des produits de santé. Dans ce cas, ce tarif unifié est appliqué aux spécialités génériques et à leurs spécialités princeps, aux spécialités biologiques

similaires et à leurs spécialités biologiques de référence, ainsi qu'à toute spécialité comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique. Le cas échéant, le tarif unifié peut être modulé au regard de différences de posologie ou du circuit de distribution de la spécialité, notamment l'importation prévue à l'article L. 5124-13 du code de la santé publique.

- 25 « Lorsqu'un tarif unifié a été fixé pour une spécialité, l'application des dispositions du III est effectuée par rapport à ce seul tarif unifié. » ;
- 26 3° L'article L. 162-17-2-1 est ainsi modifié :
- 27 a) À la première phrase du premier alinéa, la référence : « L. 5121-21-1 » est remplacée par la référence : « L. 5121-12-1 » ;
- 28 b) Après le mot : « remboursable », la fin de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : « le Comité économique des produits de santé fixe, en vue de sa prise en charge ou de son remboursement, un nouveau tarif ou un nouveau prix par convention avec l'entreprise ou, à défaut, par décision, selon les règles et critères d'appréciation applicables à l'indication ou aux indications déjà prises en charge. » ;
- 29 c) À la seconde phrase du même troisième alinéa, les mots : « le prix est fixé par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte du prix ou du tarif de responsabilité en vigueur pour les indications remboursées » sont remplacés par les mots : « ce nouveau tarif ou ce nouveau prix tient également compte, au moins pour partie » ;
- 30 d) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :
- 31 – après la référence : « L. 162-17 », est insérée la référence : « , L. 162-22-7 » ;
- 32 – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, ces mêmes ministres peuvent également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 162-16-4 du présent code. » ;
- 33 4° L'article L. 162-22-7-2 est abrogé.
- 34 II. – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 35 « Lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie d'un ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la facturation de ses soins est majorée du coût de ces spécialités, produits et prestations. »
- 36 III. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018, sous les réserves suivantes :
- 37 1° Les *c* et *d* des 1° et 2° du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2018. À cette date, le prix limite de vente des spécialités aux établissements mentionné au I de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est égal au tarif de responsabilité applicable à ces spécialités ;
- 38 2° Les décisions de prise en charge ou de remboursement, les tarifs ou les prix édictés en application de l'article L. 162-17-2-1 du même code, dans sa rédaction

antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur jusqu'à leur modification éventuelle au titre des dispositions de la présente loi.

**M. le président.** L'amendement n° 325, présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Le présent amendement a pour objet l'activité de rétrocession assumée, essentiellement, par les établissements publics de santé.

L'article 38 introduit une possibilité de variation, et notamment de réduction, de la marge en fonction du prix de cession de la spécialité pharmaceutique. L'idée peut paraître cohérente et de bon sens. Mais on peut craindre que cette baisse des marges, et donc de la recette globale, ne remette en cause l'activité de rétrocession.

Cet amendement vise donc, dans ce domaine, à garder le monde ancien et à restaurer une marge fixe pour les établissements de santé.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La marge des médicaments figurant sur la liste de rétrocession est établie de manière forfaitaire, et non par l'application d'un pourcentage au prix du médicament. Elle est actuellement fixée à 22 euros, en vertu d'un arrêté de 2009. C'est vrai qu'il ne paraît pas absurde de pouvoir diminuer ce montant forfaitaire lorsque les produits sont peu coûteux.

Mme la ministre pourra nous apporter des éclaircissements au sujet de l'interprétation qui sera retenue pour les termes : « Compte tenu de la modicité du prix de cession de la spécialité ».

Cela étant, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet article permet de moduler la marge de rétrocession perçue par des établissements de santé lors de la rétrocession de médicaments. Cette modulation sera effectuée selon le prix du médicament.

La modulation de la marge en fonction du prix du médicament est déjà appliquée pour les produits vendus par les pharmacies d'officine, sans que cela menace la qualité de la distribution. Il est donc difficile aujourd'hui de justifier le paiement par l'assurance maladie d'une marge de 22 euros pour un médicament dont le prix ne serait, par exemple, que de 2 ou 3 euros. C'est pourtant la situation actuelle.

Il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause la qualité du circuit de distribution des médicaments dans les établissements ; il s'agit simplement d'assurer la cohérence entre le montant de la marge et le prix du médicament pour les produits très peu chers.

Voilà pourquoi le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 325 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Oui, je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 325.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 153, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Après les mots :

au premier alinéa du I

insérer les mots :

du présent article

II. – Alinéa 11

Après les mots :

du III

insérer les mots :

du présent article

III. – Alinéa 25

Après les mots :

du III

insérer les mots :

du présent article

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 153.

(*L'amendement est adopté.*)

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

I. – Alinéa 10, première phrase :

Après le mot :

fixé

insérer les mots :

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

II. – Alinéa 24, première phrase :

Après le mot :

fixé

insérer les mots :

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

La parole est à M. Roger Karoutchi.

**M. Roger Karoutchi.** Déposé par mon collègue Bruno Gilles, cet amendement tend à rappeler que la fixation unilatérale d'un tarif unifié n'a vocation à intervenir que de manière subsidiaire, c'est-à-dire à défaut d'accord entre le comité économique des produits de santé et l'entreprise concernée.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Comme les auteurs de cet amendement, nous sommes attachés à la voie conventionnelle pour la régulation du médicament, et notamment pour la fixation de son prix. Toutefois, il nous semble que la modification ici proposée aboutirait à vider de sa substance le mécanisme mis en œuvre par l'article 38. Il s'agit précisément d'instaurer, pour les médicaments en sus et rétrocedés, un tarif unifié distinct du prix. L'idée est d'inciter les établissements de santé à acquérir les produits les moins chers, dans le cadre du mécanisme de l'écart médicament indemnisable.

Par ailleurs, je rappelle que le prix des médicaments distribués à l'hôpital est libre et fait l'objet d'une négociation entre les laboratoires et les établissements.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Mme la rapporteur vient de le rappeler, la négociation est évidemment le mode de fixation des tarifs. Il n'y a donc pas lieu de préciser que le tarif unifié relève du champ conventionnel : cette affirmation serait contraire au principe même de la mesure et ferait croire que ce tarif unifié constitue une voie usuelle de fixation des tarifs, alors qu'il s'agit d'une solution pour surmonter un blocage.

Voilà pourquoi le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 180 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Roger Karoutchi.** Devant l'unité de la réponse qui m'est apportée – je pense que Bruno Gilles ne m'en voudra pas –, je retire cet amendement.

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

L'amendement n° 182 rectifié *quater*, présenté par M. Gilles, Mme Bories, MM. Panunzi et Forissier, Mme Micouleau, MM. Paul et Cuypers, Mme Garriaud-Maylam, MM. Pellevat et Lefèvre, Mme Giudicelli, MM. Cambon et Karoutchi, Mme A.M. Bertrand, MM. Gremillet et Laménie, Mmes Lamure, Berthet et Deromedi et M. Sauray, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 10, deuxième phrase

Remplacer les mots :

comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique

par les mots :

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

II. – Alinéa 24, deuxième phrase

Remplacer les mots :

comparable en ce qui concerne les indications ou la visée thérapeutique

par les mots :

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

La parole est à M. Roger Karoutchi.

**M. Roger Karoutchi.** Cet amendement, également déposé par mon collègue Bruno Gilles, a pour objet de garantir que les médicaments de même indication ou de même visée thérapeutique et similaires en termes de composition qualitative et quantitative ne peuvent pas tirer argument d'une protection brevetaire pour contourner la possibilité de l'éventuelle application d'un tarif unifié selon les modalités prévues par cet article.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission s'est interrogée sur le choix de la rédaction retenue pour le présent article, d'autant que l'étude d'impact ne fournit guère d'éclaircissements sur ce point.

Madame la ministre, nous souhaitons donc avoir votre avis, pour ce qui concerne la portée et l'objectif de la formulation de l'article 38.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis embarrassée par cet amendement.

**M. Roger Karoutchi.** Ah ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pardonnez-moi, monsieur Karoutchi, en fait, j'y suis défavorable,...

**M. Roger Karoutchi.** Oh ! (*Sourires.*)

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** ... je vais vous expliquer pourquoi.

En pratique, certains produits génériques peuvent être tout à fait similaires aux médicaments classiques en termes de principes actifs, mais les indications peuvent légèrement varier, parce que tel laboratoire aura déposé une indication plus restreinte que tel autre.

Ainsi, telles qu'elles sont rédigées, les dispositions de cet amendement permettraient énormément de contournements à la règle d'unification tarifaire. Dès lors, le présent article serait complètement détourné de son intérêt.

Mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai de nombreux médicaments en tête. Je ne vais pas les citer, mais je vous déconseille tous d'aller dans cette voie : nous n'aurions plus de moyens de réguler les tarifs. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 182 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Roger Karoutchi.** J'ai bien fait de venir ce matin... (*Sourires.*)

Plus sérieusement, je ne veux pas rendre les gens plus malades qu'ils ne le sont et, devant la force de conviction de Mme la ministre, je retire l'amendement.

**M. Yves Daudigny.** C'est plus sage !

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

Je mets aux voix l'article 38, modifié.

(*L'article 38 est adopté.*)

### Articles additionnels après l'article 38

**M. le président.** L'amendement n° 483, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais et de patients inclus dans ces essais, les lieux, les crédits d'impôt, les bourses et autres financements publics dont les industriels ont bénéficié en lien avec ces activités de recherche et de développement, les éventuels achats de brevets liés au produit de santé, le coût d'opérations d'acquisition ou de spéculation éventuellement liées à l'acquisition de brevets, les coûts de production du produit de santé, ainsi que les coûts de commercialisation et de promotion engagés par les entreprises. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** L'amendement est défendu.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La liste des critères n'est pas limitative : les éléments cités peuvent donc, le cas échéant, être pris en compte par le CEPS dans ses négociations avec les laboratoires pharmaceutiques.

Il n'a pas paru utile de faire figurer ces éléments dans le projet de loi, d'autant que les dispositions de cet amendement présentent plusieurs problèmes de rédaction.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis défavorable à cet amendement, non parce que je ne m'intéresse pas aux critères de fixation du prix des médicaments, mais parce que, selon moi, cette proposition est une fausse bonne idée.

Tout d'abord, ces dispositions se heurtent à beaucoup d'obstacles juridiques. Les informations relatives aux coûts de fabrication relèvent du secret des affaires. De plus, elles sont hors de portée du législateur français : l'industrie pharmaceutique étant en général une industrie mondialisée, il serait totalement impossible de contrôler l'exactitude des déclarations fournies par les laboratoires.

Ensuite, à mon sens, ce qui compte le plus pour fixer le prix du médicament, c'est le prix d'investissement de recherche et de développement assumé par le laboratoire, plus que le prix de fabrication.

Madame Cohen, pour ces raisons, je suis contre ce critère, même si nous visons le même objectif que vous.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 483 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Madame la ministre, vous comprenez que nous avons besoin de débattre de cette question, d'où notre amendement, dont les dispositions sont bien sûr tout à fait perfectibles.

En l'occurrence, nous sommes face à un réel problème et à une complexité certaine.

Certaines limites législatives s'imposent aux sénateurs et aux sénatrices que nous sommes. Je songe en particulier aux articles 40 et 41, qui contraignent nos propositions. Toutefois, à ce stade de nos réflexions, je tiens à appeler votre attention sur une solution qui pourrait nous être utile face à la problématique de la fixation des prix des médicaments, et même de leur production.

Actuellement, il existe l'Agence générale des équipements et produits de santé, qui met en œuvre la politique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris en matière d'équipements et de produits de santé : médicaments, dispositifs médicaux réactifs et consommables de laboratoires, équipements médicaux utilisés à l'AP-HP, etc. Il serait peut-être utile de réfléchir à la possibilité d'élargir le champ d'action de cet établissement au-delà de l'AP-HP, ce qui constituerait, en quelque sorte, les prémices d'un laboratoire public, d'un pôle public du médicament. Mais, pour qu'il en soit ainsi, il faudrait l'aide de l'État : un tel chantier ne serait pas possible autrement. Il faut y consacrer les moyens nécessaires, tant humains que financiers.

J'ai bien conscience qu'avec cette proposition nous allons beaucoup plus loin que le présent texte. Mais, depuis le début du débat, je sens que vous êtes attentive aux propositions que nous pouvons émettre. Voilà pourquoi je me raccroche à cette discussion pour éveiller toute votre attention. Nous sommes à votre disposition pour échanger plus à fond. Toutefois, pour l'heure, je maintiens mon amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 483.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 125, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

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

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Le présent amendement a pour objet les ATU.

Mes chers collègues, nous avons déjà débattu de cette question au cours de la discussion générale. C'est vrai que nous aurions souhaité déposer des amendements, notamment au sujet de la réduction des délais, en cas d'extension d'indication.

L'article 40 ne nous l'a pas permis. Néanmoins, nous avons souhaité proposer cet amendement tendant à insérer un article additionnel pour préciser que la détermination du montant de la remise versée au titre des produits sous ATU, ainsi que la fixation de leur prix net de référence ne prennent pas en compte les prévisions d'évolution quant à la diffusion de ces produits au cours des trois prochaines années.

La prise en compte d'éléments prospectifs, par nature aléatoires, nuit en effet à la lisibilité du dispositif pour les entreprises. Elle pourrait donc nuire à l'attractivité du dispositif des ATU. Certes, ce dernier doit être régulé, mais il constitue une spécificité française permettant un accès à l'innovation pour les patients.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame la rapporteur, avec cet amendement, il me semble que nous prenons un risque : si l'on décorrèle le prix payé pendant la période d'ATU du prix qui va être négocié ensuite par le CEPS, on s'expose à payer extrêmement cher sans rien récupérer ensuite sur ce que l'on aura acquitté pendant l'ATU. Dès lors, la sécurité sociale sera exposée à un surcoût considérable, ce qui risque de mettre en péril le dispositif des ATU.

Du fait de ce risque, je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Madame la rapporteur, l'amendement n° 125 est-il maintenu ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Madame la ministre, j'entends vos propos. Il s'agissait pour ainsi dire d'un amendement d'appel, mais les ATU n'en constituent pas moins un sujet particulier, qui mérite d'être traité. D'ailleurs, dans le cadre du groupe d'études sur le cancer, que la Haute Assemblée a mis en place l'an dernier et que la commission a accepté de reconduire – j'espère que le bureau du Sénat confirmera bientôt cette décision –, nous nous pencherons sur ces problématiques d'ATU : nous sommes souvent sollicités par des laboratoires qui jouent le jeu de l'innovation et, notamment, de l'application en oncologie pédiatrique du règlement européen.

Nous souhaitons réellement qu'un travail de fond soit accompli au sujet des ATU, avec vous, madame la ministre, et peut-être aussi avec d'autres acteurs, dont l'INCA. Dans cette perspective, j'accepte de retirer mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 125 est retiré.

La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je soutiens les propos de Mme la rapporteur et j'approuve ceux que vous venez de consacrer à ce sujet, madame la ministre. Toutefois, je souhaite vous soumettre une réflexion sur la représentation des usagers au sein du CEPS.

Il semble opportun de mener cette réflexion pour deux raisons principales : d'une part, évidemment, pour renforcer la démocratie sanitaire de la politique économique du médicament, en particulier afin d'augmenter la confiance

des usagers, ce qui me semble important ; d'autre part, et surtout, pour valoriser les innovations à leur juste prix, réduire ainsi le temps d'accès aux marchés innovants et éviter toute perte de chance pour les usagers.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le président de la commission, madame la rapporteur, bien sûr, nous devons nous pencher sur les extensions d'indication dans le cadre des ATU. Il y a urgence, et c'est un sujet que nous avons bien identifié. Nous serons ravis de travailler cette question avec vous quand nous aurons trouvé une solution.

Quant à la représentation des usagers au sein du CEPS, vous avez raison. Une convention-cadre doit être conclue entre le CEPS et les usagers. Nous allons attendre qu'elle soit signée ; ensuite, nous pourrions poursuivre et aller plus loin.

### Chapitre III

#### ACCROÎTRE LA PERTINENCE ET LA QUALITÉ DES SOINS

##### Article additionnel avant l'article 39

**M. le président.** L'amendement n° 485 rectifié, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Avant l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** L'article 81 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, adopté sous l'ancienne mandature, a prévu d'étendre les pouvoirs conférés aux ARS, en leur donnant notamment la possibilité de sanctionner les établissements qui ne s'inscriraient pas dans les contrats dits « d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins », les CAQES, ou qui le feraient imparfaitement.

Ces contrats, conclus entre l'ARS, la caisse primaire d'assurance maladie et chaque établissement de santé, ont pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre la diminution des dépenses de l'assurance maladie. Ils comprennent une partie obligatoire relative au bon usage du médicament et une partie composée d'un ou plusieurs volets additionnels, conclus pour une durée maximale de cinq ans.

Des sanctions sont prévues en cas de refus de l'établissement de souscrire ce type de contrat. Par ailleurs, en cas de refus de signer un volet relatif aux produits de santé, le directeur général de l'ARS compétente peut décider de réduire jusqu'à 70 % le taux de prise en charge des produits en question par l'assurance maladie obligatoire.

Nous considérons que les ARS, créées par la loi HPST, disposent déjà de pouvoirs très forts quant à l'organisation de la santé sur le territoire. Il n'y a pas besoin d'en rajouter.

Nous contestons la logique de compression des coûts qui prédomine à travers ces mesures et qui s'impose dans la gestion du service public hospitalier, avec toutes les conséquences qui sont constatées à la fois par les personnels soignants et par les patients.

Pour ces raisons, et en cohérence avec notre demande de suppression de l'article 39, que ma collègue Laurence Cohen présentera dans un instant, nous proposons l'abrogation de cette disposition.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Nous reviendrons sur les CAQES au titre de l'article 39.

La commission n'est pas favorable à la suppression des sanctions en cas de non-atteinte des objectifs fixés contractuellement. Les établissements exemplaires doivent pouvoir recevoir un intéressement ; mais il est également utile de pouvoir sanctionner, en dernier recours, un établissement qui n'engagerait pas d'évolution de ses pratiques. En effet, un tel dispositif contribue à la responsabilisation des équipes quant aux enjeux de qualité et d'efficacité des soins, sur lesquels il faut faire porter l'effort dans les années qui viennent.

En conséquence, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable pour les raisons que Mme la rapporteur vient d'exposer.

**M. le président.** Monsieur Watrin, l'amendement n° 485 rectifié est-il maintenu ?

**M. Dominique Watrin.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 485 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

##### Article 39

- ① I. – La sous-section 6 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° (*nouveau*) Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-30-2, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Les commissions et conférences médicales d'établissement donnent leur avis préalable à la conclusion du contrat. » ;
- ③ 2° Après le premier alinéa de l'article L. 162-30-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, allouer un intéressement à l'établissement sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs fixés au contrat. »

- ⑤ II. – Le présent article s'applique à l'évaluation des contrats ou avenants conclus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 en application de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

**M. le président.** L'amendement n° 486, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Le présent article permet d'attribuer un intéressement aux établissements de santé qui réaliseront des économies. Le montant de l'intéressement sera proportionnel aux économies dégagées.

Nous toutes et tous ici savons que les établissements de santé sont en grande difficulté financière. Bien sûr, personne ne peut s'opposer à une bonne gestion des deniers publics ; mais, en la matière, le problème qui est devant nous, c'est celui de l'offre de soins et de la qualité des soins. Or, je le répète, les établissements de santé – je pense notamment aux hôpitaux – sont littéralement asphyxiés.

On propose de donner un bon point à ceux qui font des économies ; mais des économies sur quoi ? Pour restreindre quoi ? Si, en définitive, on dégrade le service rendu, l'accueil des patients et la qualité des soins, je ne pense pas du tout qu'il s'agisse de bonnes mesures.

Mes chers collègues, tous avez pu le constater depuis le début, lundi dernier, du débat consacré au PLFSS pour 2018 : ce n'est pas ce qui anime les élus du groupe auquel j'appartiens.

Voilà pourquoi, dans la logique que Dominique Watrin a très bien exprimée, nous ne sommes pas favorables aux mesures de ce type. Ces dernières sont contraignantes et inappropriées à la situation des établissements de santé. Aussi, nous demandons la suppression de cet article.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je l'ai dit à propos de l'amendement précédent, la commission n'est pas favorable à la suppression de l'article 39.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ajoute que, si l'on supprime l'article 39, on fera perdurer le régime actuel, donc l'évaluation des CAQES entrant en vigueur en 2018 ne reposera que sur des sanctions. Cela serait donc, de votre point de vue, madame la sénatrice, pire encore. L'avis du Gouvernement est bien évidemment défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 486.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

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

L'amendement n° 326 est présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 241 rectifié *ter*.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** L'article 39, qui renforce la pertinence et l'efficacité des prescriptions hospitalières, s'inscrit dans la continuité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, dont l'article 81 avait prévu le regroupement, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, des différents contrats portant sur les produits de santé, les transports, et la pertinence et la qualité des soins, en a un support contractuel unique, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, ou CAQES.

Ce CAQES, qui sera applicable à tous les établissements sanitaires, et qui sera conclu entre l'agence régionale de santé, l'organisme local d'assurance maladie et les établissements de santé, a donc pour principaux objectifs d'améliorer la qualité et la pertinence des soins, de simplifier les procédures de contractualisation et d'évaluation, et de réduire les dépenses d'assurance maladie.

Toutefois, le nouvel élan que ce PLFSS entend donner au CAQES ne doit pas constituer un moyen de pression dans les mains des directeurs d'établissements ou des investisseurs exploitant les établissements privés, pour orienter les pratiques selon un unique critère de rentabilité.

Je m'inscris pleinement dans la démarche d'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins, qui vise à optimiser les parcours de soins des patients. C'est pourquoi il ne faut pas que seule une logique de rentabilité soit prise en compte. Les pratiques les plus rentables ne sont pas nécessairement les plus pertinentes, ni les plus efficaces, ni les plus qualitatives pour le parcours de soins des patients.

L'objet du présent amendement est donc d'exclure de la conclusion d'un contrat toute clause contraire à l'indépendance des praticiens exerçant dans un l'établissement de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 326.

**M. Yves Daudigny.** Je serai plus bref.

Le présent amendement concerne les CAQES, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, vous l'avez tous en tête. Il s'agit de faire en sorte que le nouvel élan que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 entend donner aux CAQES, auquel nous pouvons d'ailleurs être favorables, ne constitue pas un moyen de pression dans les mains des directeurs d'établissements publics ou des investisseurs exploitant des établissements privés leur permettant d'inciter, le cas échéant, à des pratiques qui ne seraient pas les plus pertinentes médicalement.

**M. le président.** L'amendement n° 295 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** Cet amendement vise à exclure de la liste prévue les indicateurs liés à la prescription médicale.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Ces amendements visent à répondre à une préoccupation importante, celle de la liberté de prescription des médecins, garantie par le code de déontologie médicale. Je pense que c'est dans cet objectif qu'il a été prévu, à l'Assemblée nationale, que soit inscrite dans ce texte, et non dans un règlement, la consultation des commissions et des conférences médicales d'établissements, en amont de la signature des CAQES.

Cela permet ainsi d'associer le corps médical aux objectifs de qualité et de pertinence des soins, et de répondre aux interrogations portées par les auteurs des amendements.

Pour toutes ces raisons, la commission demande le retrait de ceux-ci.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je pense qu'il y a une mauvaise interprétation du CAQES, parce que, justement, l'idée de ce contrat est de travailler sur la pertinence et la qualité des soins.

Par « pertinence », on entend éventuellement le fait de prescrire plus de génériques, de s'intéresser à la façon dont un acte est pratiqué, par exemple s'il est en surnombre dans un établissement. L'idée n'est donc évidemment pas du tout d'empêcher la libre prescription des médecins – le CAQES ne déroge pas au code de déontologie médicale –, mais d'inciter les médecins à travailler sur leurs pratiques, notamment sur la pertinence et sur la qualité des soins. Nous pensons que cet outil est au contraire très utile pour aller dans le bon sens.

En outre, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à associer, en amont de la signature du CAQES, les commissions médicales d'établissement, les CME. On a ainsi pris soin d'impliquer la communauté médicale dans ce dispositif, et le Gouvernement y était favorable.

Pour toutes ces raisons, nous vous demandons de retirer vos amendements, parce que nous pensons qu'ils s'appuient sur une mauvaise interprétation du CAQES ; à défaut, nous y serons défavorables.

**M. le président.** Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 241 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** Effectivement, les commissions et conférences médicales d'établissement, vous l'avez dit, madame la ministre, peuvent donner un avis préalable à la conclusion d'un contrat, mais il est souhaitable que cet avis soit, non pas uniquement consultatif, comme le prévoit le droit en vigueur, mais contraignant.

Je maintiens donc mon amendement.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 326 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Oui, monsieur le président.

Nous le comprenons bien, les intentions sont louables et nous pouvons les soutenir, mais l'amendement a pour objectif de prévenir les dérives qui pourraient naître des dispositions ici évoquées.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 241 rectifié *ter* et 326.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas les amendements.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 295 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 127, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Remplacer le mot :

réalisées

par le mot :

constatées sur les dépenses d'assurance maladie

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 127.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 128, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Remplacer le mot :

conclus

par les mots :

entrant en vigueur

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** C'est aussi un amendement rédactionnel.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 128.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 126, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je l'ai dit, la commission adhère, bien sûr, au principe de l'intéressement des établissements de santé à la qualité et à la pertinence des soins, qui est de nature à responsabiliser les services sur ces enjeux majeurs.

Toutefois, sur la méthode, on a bien vu que la démarche de contractualisation en cours se heurtait à certaines limites. La volonté des ARS de conclure à marche forcée ces contrats avec les établissements, avant la fin de l'année, pour respecter la date d'entrée en vigueur de ces contrats au 1<sup>er</sup> janvier 2018, a conduit à une insuffisante individualisation des objectifs – le directeur général de la CNAMTS l'a d'ailleurs reconnu devant nous. Des pratiques très hétérogènes sont relevées selon les régions ; certaines vont ainsi à rebours de l'objectif de simplification et de lisibilité, en imposant aux établissements plus de cent, voire de cent cinquante, indicateurs.

Il serait contre-productif d'aller trop vite au risque de perdre de vue la finalité de la démarche, à laquelle, je le répète, nous souscrivons pleinement sur le principe.

C'est la raison pour laquelle nous demandons le report de l'application des sanctions en cas de non-signature du CAQES au 1<sup>er</sup> janvier 2018 ; cela donnera à la campagne de contractualisation le temps de se déployer dans des conditions satisfaisantes.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous avons d'ores et déjà donné aux ARS l'instruction de ne pas appliquer de sanctions en 2018 et en 2019. La DGOS et la DSS l'ont fait aujourd'hui, lors du séminaire des directeurs généraux de ces agences. Nous sommes tout à fait pragmatiques, l'idée n'est pas de mettre les établissements en très grande difficulté ; la disposition sera appliquée « avec tact et mesure ».

Je vous propose donc de retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

**M. le président.** Madame Deroche, l'amendement n° 126 est-il maintenu ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Eu égard à ce que vient de nous dire Mme la ministre, les instructions ayant été données aujourd'hui même aux ARS, ce qui répond à l'objectif de notre amendement, je le retire bien évidemment.

**M. le président.** L'amendement n° 126 est retiré.

Je mets aux voix l'article 39, modifié.

(L'article 39 est adopté.)

#### Articles additionnels après l'article 39

**M. le président.** L'amendement n° 296 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** Je retire l'amendement, monsieur le président.

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

L'amendement n° 298 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** Le CAQES a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Ce dispositif impose plus de cent indicateurs aux établissements et accentue la pression administrative sur ces derniers. Cet amendement tend donc à repousser au 1<sup>er</sup> janvier 2020 l'application des sanctions liées à ce dispositif.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** C'est le même type d'amendement que celui que je viens de retirer.

Mme la ministre nous a indiqué voilà quelques instants que des instructions ont été données aux ARS pour que l'application des sanctions soit repoussée.

Je vous demande donc de retirer votre amendement, monsieur Chasseing.

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

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

**M. le président.** Monsieur Chasseing, l'amendement n° 298 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Daniel Chasseing.** Non, je le retire, monsieur le président.

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

L'amendement n° 297 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Wattedled, A. Marc et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Cabanel, Guerriau, Lagourgue et Fouché, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** L'application des indicateurs du CAQES est très hétérogène. Cet amendement propose donc la création d'un comité de suivi de l'application de ce dispositif, dans lequel seront représentées les fédérations hospitalières publiques et privées.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** On comprend l'objectif de cet amendement, mais la création d'un tel comité de suivi ne doit pas, à nos yeux, figurer dans la loi. Le suivi de ce dispositif doit relever de la bonne gouvernance générale, à l'échelon des ARS et du ministère de la santé.

La commission demande donc le retrait de l'amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Retrait, sinon défavorable, pour les mêmes raisons que Mme la rapporteur.

**M. le président.** Monsieur Chasseing, l'amendement n° 297 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**M. Daniel Chasseing.** Non, je le retire, monsieur le président.

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

#### Article 40

① I. – Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Le 4° de l'article L. 161-37 est complété par les mots : « , notamment en évaluant, lors de cette procédure, la mise en œuvre par les établissements de santé des dispositions du 18° de l'article L. 6143-7 du même code » ;

③ 2° Après le 12° du même article L. 161-37, sont insérés des 13° et 14° ainsi rédigés :

④ « 13° Établir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées. Cette procédure de certification a notamment pour finalité de garantir le respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 ;

⑤ « 14° Rendre l'avis mentionné au III de l'article L. 162-31-1. » ;

⑥ 3° L'article L. 161-38 est ainsi modifié :

⑦ a) Au I *bis*, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « , les dispositifs médicaux et les prestations associées » ;

⑧ b) À la seconde phrase du premier alinéa du II, après les mots : « des produits », sont insérés les mots : « de santé et des prestations éventuellement associées » ;

⑨ c) À la fin de la première phrase du second alinéa du même II, le mot : « médicamenteuse » est remplacé par les mots : « des médicaments, des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

⑩ d) Le même II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑪ « Elle garantit que ces logiciels informent les prescripteurs des conditions spécifiques de prescription ou de prise en charge des produits de santé et des prestations éventuellement associées, notamment en mettant à leur disposition le code prévu à l'article L. 165-5 pour les produits de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et en permettant son utilisation lors de la prescription. Elle garantit que ces logiciels intègrent les référentiels de prescription ou tout autre document relatif à la prescription dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle garantit que ces logiciels permettent l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie et dont la liste est fixée par arrêté des mêmes ministres. » ;

⑫ e) Le premier alinéa du III est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette procédure comprend également la certification des fonctions relatives à la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées. » ;

⑬ f) À la fin de la seconde phrase du second alinéa du même III, les mots : « et de conformité de la dispensation » sont remplacés par les mots : « , de conformité et d'efficacité de la dispensation et de la délivrance des dispositifs médicaux et des prestations qui leur sont associées » ;

⑭ g) Il est ajouté un V ainsi rédigé :

⑮ « V. – Sont rendues obligatoires, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les certifications prévues aux I à III pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales relatives à des dispositifs médicaux et à leurs prestations associées éventuelles ou une aide à la délivrance de ces produits et prestations associées. » ;

⑯ 4° Après l'article L. 162-17-8, sont insérés des articles L. 162-17-9 et L. 162-17-10 ainsi rédigés :

⑰ « Art. L. 162-17-9. – Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de service éventuellement associées est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.

⑱ « La charte vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information qui pourraient nuire à la qualité

des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. La charte précise les conditions dans lesquelles les entreprises rendent compte de leur activité de présentation, d'information et de promotion.

- 19 « La charte est valablement conclue dès lors que les signataires au titre des syndicats ou organisations représentent plus du tiers des montants remboursés au titre de la liste mentionnée au même article L. 165-1, exception faite des distributeurs pour le champ hospitalier.
- 20 « La charte conclue s'applique à l'ensemble des fabricants ou distributeurs de produits et prestations mentionnés audit article L. 165-1.
- 21 « La charte est approuvée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 22 « En cas de refus d'approbation, ou en l'absence d'accord, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la charte de qualité de la promotion des produits ou prestations. Les conditions de refus d'approbation, de renouvellement et de dénonciation de la charte par les ministres sont fixées par décret en Conseil d'État.
- 23 « Le Comité économique des produits de santé peut fixer par décisions des objectifs chiffrés d'évolution des pratiques commerciales, promotionnelles, de présentation ou d'information, le cas échéant pour un ensemble de produits ou prestations comparables ou pour certains produits ou prestations.
- 24 « Le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui n'a pas respecté les décisions du comité mentionnées au septième alinéa prises à son encontre ou qui n'a pas respecté une ou plusieurs dispositions de la charte.
- 25 « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations concernés par le manquement. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.
- 26 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- 27 « Les conditions dans lesquelles le Comité économique des produits de santé constate les manquements à la charte sont précisées par décret en Conseil d'État. Les agences régionales de santé et les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie peuvent en contrôler la bonne application.
- 28 « Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédure relatifs à la pénalité financière, sont fixées par décret en Conseil d'État.
- 29 « *Art. L. 162-17-10 (nouveau).* – Les conditions de mise en œuvre de la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion

en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées mentionnée au 13° de l'article L. 161-37 sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

- 30 5° La section 4 du chapitre II est complétée par un article L. 162-19-1 ainsi rédigé :
- 31 « *Art. L. 162-19-1.* – La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.
- 32 « Ces éléments ainsi que tout autre élément requis sur l'ordonnance sont transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- 33 « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie qui est recouvré selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »
- 34 II. – À défaut de conclusion entre le Comité économique des produits de santé et les syndicats ou organisations de la charte prévue à l'article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale avant le 30 septembre 2018, cette charte est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 35 III. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 36 1° Après l'article L. 5122-15, il est inséré un article L. 5122-15-1 ainsi rédigé :
- 37 « *Art. L. 5122-15-1.* – Sont fixées par décret les règles de bonnes pratiques relatives aux activités de formation professionnelle à la connaissance ou à l'utilisation des produits de santé.
- 38 « Ces règles définissent notamment :
- 39 « 1° La qualification requise des intervenants dans ces activités de formation professionnelle ;
- 40 « 2° Les modalités de déclaration par les intervenants des formations professionnelles qu'ils ont dispensées. » ;
- 41 2° L'article L. 5213-1 est ainsi modifié :
- 42 a) Au I, les mots : « au sens de l'article L. 5211-1 » sont remplacés par les mots : « ou prestations associées » et, après les mots : « ces dispositifs », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- 43 b) Au 3° du II, après le mot : « matériovigilance », sont insérés les mots : « ou de la réactovigilance » ;
- 44 3° L'article L. 5213-2 est ainsi modifié :
- 45 a) Le premier alinéa est supprimé ;
- 46 b) Au deuxième alinéa, après le mot : « publicité », sont insérés les mots : « des dispositifs médicaux qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5211-3 » ;
- 47 4° L'article L. 5213-3 est ainsi modifié :

- 48 a) Après les deux occurrences des mots : « dispositifs médicaux », sont insérés les mots : « ou prestations associées » et, après le mot : « humaine », sont insérés les mots : « et n'ayant pas d'impact important sur les dépenses d'assurance maladie, » ;
- 49 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 50 « L'interdiction de publicité mentionnée au premier alinéa ne s'applique pas aux dispositifs médicaux individuels d'optique médicale ni aux audioprothèses ni à leurs éventuelles prestations associées. » ;
- 51 5° (*Supprimé*)
- 52 6° L'article L. 5223-1 est ainsi rédigé :
- 53 « Art. L. 5223-1. – Les articles L. 5213-1 à L. 5213-7 s'appliquent aux dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* qui respectent les obligations fixées à l'article L. 5221-2. » ;
- 54 7° Les articles L. 5223-2 à L. 5223-5 sont abrogés ;
- 55 8° Après le 17° de l'article L. 6143-7, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- 56 « 18° Définit, après avis du président de la commission médicale d'établissement, les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale. »
- 57 IV (*nouveau*). – Au 7° du I de l'article 1635 *bis* AE du code général des impôts, les références : « aux articles L. 5213-4 et L. 5223-3 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 5213-4 ».
- 58 V (*nouveau*). – L'article L. 162-17-10 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte du 4° du I du présent article, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 389 rectifié *bis* est présenté par MM. Houpert, Bonhomme, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Paul, Le Gleut, Charon et Pellevat et Mme Deromedi.

L'amendement n° 553 rectifié *ter* est présenté par MM. Danesi, de Nicolaÿ, Gremillet, Husson, Paccaud et Genest et Mme Bories.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

de présentation, d'information ou

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 389 rectifié *bis*.

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

La promotion du dispositif médical est une activité également encadrée par la loi, et l'article 40 instaure, en miroir du médicament, une charte pour mieux encadrer cette activité. Il prévoit par ailleurs que chaque directeur d'établissement de santé devra définir les conditions de réalisation et d'encadrement de cette activité dans son établissement, et que ce processus fera l'objet d'une certification.

Les médicaments et les dispositifs médicaux ayant chacun leurs règles et leurs particularités, cet amendement vise à clarifier les champs respectifs d'application de cette mesure en faisant clairement référence, respectivement, à la charte encadrant la promotion du médicament et à celle encadrant la promotion du dispositif médical.

**M. le président.** L'amendement n° 553 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 389 rectifié *bis* ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il est vrai que l'on a entendu ces réserves sur l'encadrement, à l'article 40, des activités de présentation et d'information sur les dispositifs médicaux.

Il semble que l'exclusion proposée par notre collègue Houpert serait plus large, puisqu'elle concernerait les produits de santé dans leur ensemble. Dans la mesure où les dispositions visées font référence à la seule « promotion » des spécialités pharmaceutiques, il nous a semblé que l'on pouvait donner un avis favorable sur cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La certification par la HAS des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur de produits de santé, qu'il s'agisse de dispositifs médicaux ou de médicaments, et des prestations qui leur sont associées a pour but de mieux encadrer les pratiques susceptibles d'inciter les professionnels à acheter.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une présentation ou d'une information, quel que soit le terme que l'on retienne, il est primordial que cette activité soit soumise aux mêmes règles, cela permettra d'éviter tout contournement de la mesure. En effet, on a constaté, dans le domaine du médicament, que les visiteurs médicaux ont été remplacés par des médecins de liaison scientifique, dont l'activité dans le champ promotionnel est en fait très peu encadrée.

Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** J'ai bien compris l'explication de Mme la ministre ; il faut effectivement être attentif à tout cela.

Cela dit, il faut aussi être attentif, *a contrario*, aux décrets qui sont signés ensuite. J'ai eu l'occasion de rencontrer une entreprise, dans mon département, qui produit des dispositifs médicaux, notamment des fauteuils moulants en coquille. Ces dispositifs sont maintenant réservés par décret aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, me semble-t-il, et appartenant aux groupes GIR, 1 et 2. Cela exclut celles qui sont un peu moins dépendantes, les personnes âgées de GIR 4 et de GIR 5, ainsi que les personnes handicapées.

On voit bien que, par le biais de décrets, on limite le remboursement de ce dispositif à certaines personnes. Je demande donc au Gouvernement d'être attentif à tout cela ; je souhaite une réponse à ce sujet, madame la ministre.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je veux juste répondre à M. Savary. Vous citez un cas tout à fait particulier – cela m’ennuie donc d’en faire une généralité –, mais il se trouve que ces coquilles étaient dangereuses pour la santé, et qu’elles entraînaient beaucoup d’effets secondaires. C’est la raison pour laquelle nous avons limité, par décret, leur usage.

Je vous ai d’ailleurs répondu par courrier à ce sujet, monsieur le sénateur ; vous recevrez ma réponse prochainement.

**M. René-Paul Savary.** Je vous remercie, madame la ministre.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

**M. Alain Houpert.** Mme la ministre parlait de pertinence et de qualité des soins ; je pense que cet amendement s’inscrit tout à fait de ce cadre.

**M. le président.** Je mets aux voix l’amendement n° 389 rectifié *bis*.

*(L’amendement est adopté.)*

**M. le président.** L’amendement n° 130, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 17

Supprimer les mots :

de la présentation, de l’information ou

II. – Alinéa 18

1° Première phrase

Remplacer les mots :

, promotionnelles, de présentation ou d’information, par les mots :

ou promotionnelles

2° Seconde phrase

Supprimer les mots :

de présentation, d’information et

III. – Alinéa 23

Remplacer les mots :

, promotionnelles, de présentation ou d’information par les mots :

ou promotionnelles

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement concerne les dispositifs médicaux.

Nous souhaitons limiter l’encadrement à la seule activité de promotion de ces produits, puisque la présentation et l’information adaptées des dispositifs médicaux par leurs fabricants constituent une obligation déjà prévue et réglementée par le cadre européen, en application, notamment, de la directive n° 93/42 CEE et du règlement n° 745/2017, mais également par la norme ISO EN-NF 14971, de gestion des risques.

Le risque serait alors de créer une double obligation de certification au contenu identique.

Je rappelle que les dispositifs médicaux sont très variables – il peut s’agir de dispositifs très innovants ou de choses toutes simples – et il y a beaucoup de petites entreprises dans ce secteur. Cette double certification pourrait alourdir inutilement la charge de ces entreprises.

**M. le président.** Quel est l’avis du Gouvernement ?

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis évidemment défavorable à cet amendement, pour les mêmes raisons que précédemment.

J’ajoute que ce qui est couvert par le règlement européen portant sur l’information relative à ces produits concerne la sécurité sanitaire, pas du tout l’usage, la pratique ou la pertinence de cet usage. Le règlement européen ne couvre donc absolument pas le champ couvert par la charte.

Le Gouvernement est donc, je le répète, défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l’amendement n° 130.

*(L’amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements faisant l’objet d’une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

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

L’amendement n° 233 est présenté par MM. Morisset et Mouiller.

L’amendement n° 243 rectifié *ter* est présenté par Mme Delmont-Koropoulis et MM. Gilles et Daubresse.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 30 à 33

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Christine Lavarde, pour présenter l’amendement n° 4 rectifié *quater*.

**Mme Christine Lavarde.** Il s’agit, au travers de ces amendements, de supprimer les alinéas 30 à 33 de l’article 40.

Ces alinéas prévoient que, au regard notamment de l’intérêt de la santé publique, de l’impact financier ou des risques de mésusage, la prise en charge d’un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées puisse être subordonnée au renseignement, par le professionnel de santé sur l’ordonnance, d’éléments relatifs au contexte ou à la motivation de la prescription. Ces éléments présents sur l’ordonnance doivent être transmis au service du contrôle médical par le prescripteur, le pharmacien ou, le cas échéant, par un autre professionnel de santé, selon une forme qui sera déterminée par voie réglementaire. Par ailleurs, cette obligation est assortie de sanctions en cas de non-respect.

Cette disposition nous paraît extrêmement chronophage pour les médecins et les professionnels de santé concernés et elle constitue une charge administrative considérable, au détriment du temps consacré aux soins. Par ailleurs, en obligeant le médecin à motiver le « pourquoi du comment » de sa prescription, elle tend à remettre en question non seulement la liberté de prescription, mais aussi le secret médical.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Morisset, pour présenter l'amendement n° 233.

**M. Jean-Marie Morisset.** Je ne répéterai pas ce qu'a dit notre collègue quant aux motifs sous-tendant cet amendement.

Je veux simplement reprendre l'alinéa 31 de l'article 40, tel qu'il est actuellement rédigé. Cet alinéa prévoit que la prise en charge par l'assurance maladie « peut » être subordonnée à certaines conditions; ce n'est pas obligatoire. Ensuite, il est indiqué que cette prise en charge est subordonnée à ces conditions si le professionnel de santé détecte que le produit en cause aurait un « impact financier », mais qu'est-ce qu'un « impact financier », pour le professionnel de santé ?

En outre, il est précisé à l'alinéa 33 du même article que « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu au constat d'un indu ». Je n'arrive pas à comprendre que l'on mette le verbe « pouvoir » un peu partout dans un article et que l'on prévoie en même temps des sanctions. Si l'on employait le verbe « devoir », je serais d'accord, mais en l'occurrence c'est le verbe « pouvoir » qui est utilisé.

De plus, je ne vois pas comment les professionnels de santé pourront apprécier quand ils doivent le faire, quand il y a un « impact financier ».

Par ailleurs, le professionnel de santé doit aussi expliquer pourquoi il a prescrit ce médicament.

Voilà pourquoi je soutiens cet amendement sans problème.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 243 rectifié *ter*.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** Il est défendu.

**M. le président.** L'amendement n° 196, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 31

Après les mots :

santé publique,

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

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

La parole est à Mme la rapporteur, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les trois amendements identiques.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'amendement n° 196 est en partie rédactionnel, mais il vise aussi à préciser les conditions relatives à la constitution de l'obligation de renseignement de l'ordonnance pour la prise en charge des produits prescrits. Cela rejoint les amendements précédents, tout en les précisant un peu. C'est pourquoi la commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée sur les trois amendements identiques.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je souhaite expliquer l'esprit de cette mesure; il y a plusieurs sujets en jeu.

Tout d'abord, il existe aujourd'hui des médicaments pouvant être prescrits en ville et qui sont horriblement coûteux pour l'assurance maladie; je pense à certains anticorps monoclonaux, pour l'asthme, par exemple, dont l'indication est excessivement restreinte. Nous n'avons aucun moyen de contrôler ces médicaments. Cette mesure permettra donc au ministère de demander aux médecins, dans des cas exceptionnels, de préciser l'indication; il ne s'agit pas du tout, bien entendu, d'une mesure visant à demander les indications pour l'ensemble des ordonnances. Par ailleurs, cela sera informatisé. Il s'agira d'un dispositif d'exception.

Ensuite, la raison pour laquelle je suis défavorable à l'amendement de Mme Deroche est que nous avons un second souci, en dehors des médicaments extrêmement coûteux : le mésusage des médicaments, notamment antibiotiques. Nous savons que les prescriptions sont trop longues et qu'il y a prescription d'antibiotiques à très large spectre pour des indications qui ne sont pas les bonnes. Par conséquent, nous avons besoin d'avoir une vision et un meilleur contrôle de l'usage des antibiotiques en ville, notamment pour les affections courantes.

Ainsi, ce dispositif vise à régler des problèmes liés soit à l'impact financier de certaines prescriptions, soit à l'impact de santé publique.

Je précise en outre qu'il ne pose pas de problème de secret médical, puisque celui-ci est totalement couvert par l'ordonnance, qui est lue par un pharmacien, lui-même couvert par le secret médical.

Enfin, ce dispositif sera très simple, puisque le nouveau référentiel des logiciels d'aide à la prescription permettra d'intégrer l'indication dans les ordonnances, lorsque ce sera demandé.

Par conséquent, il s'agit d'une mesure extrêmement importante quant aux impacts financiers et de santé publique. Pour toutes ces raisons, le Gouvernement est défavorable à ces amendements.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

**M. Michel Amiel.** Compte tenu de ce qui vient d'être dit sur le sujet, peut-être faudra-t-il un jour – je vais sans doute jeter un pavé dans la mare – s'interroger sur la sacro-sainte liberté de prescription.

**M. le président.** Madame la rapporteur, je vous interroge : vous avez indiqué que la commission s'en remettait à la sagesse du Sénat sur les amendements identiques. Néanmoins, s'ils sont adoptés, votre propre amendement n'aura plus d'objet.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** En ce qui concerne mon amendement, j'ai bien entendu ce qu'a indiqué Mme la ministre, et c'est quelque chose que nous partageons, notamment pour ce qui concerne le mésusage des antibiotiques, sujet majeur. Par conséquent, je vais retirer l'amendement n° 196.

Néanmoins, il faut reconnaître, madame la ministre, que ce que vous dites ne ressort pas de manière aussi évidente, pour les professionnels de santé, de la lecture de l'article tel qu'il est actuellement rédigé. Ainsi, des craintes ont été forte-

ment exprimées au sujet de l'article 40, tant par les producteurs de dispositifs médicaux que par les professionnels de santé, notamment pour ce qui concerne les soins à domicile.

On comprend votre objectif quand vous l'expliquez ; quand on lit l'article, ce n'est pas si évident. Néanmoins, je vous fais confiance, madame le professeur de médecine, et je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 196 est retiré.

Madame la rapporteur, maintenez-vous votre avis de sagesse sur les trois amendements identiques, qui avaient à peu près le même objet ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** C'est bien là le problème... Non, je demande plutôt le retrait de ces trois amendements identiques, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Vous avez bien vu, monsieur le président, mes chers collègues, que le positionnement de Mme la rapporteur est un peu compliqué, eu égard au texte écrit et à l'explication de texte fournie par Mme la ministre.

Il y a le langage juridique du texte, qui n'est pas écrit par des médecins, et l'explication médicale de Mme le professeur de médecine, donnée ensuite.

Nous voulons bien nous ranger du côté de l'explication médicale donnée par Mme Buzyn, mais en soulignant que nous avons moins confiance dans le texte de la ministre que dans l'explication du professeur...

**M. le président.** Monsieur Morisset, l'amendement n° 233 est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Morisset.** Oui, je le maintiens, monsieur le président. Pour quelle raison ? Parce que, même si vous faites une liste par voie réglementaire, il est précisé que la prise en charge « peut » être subordonnée à certaines conditions. Donc, je n'arrive pas à comprendre comment cela peut fonctionner. Il faudrait alors au moins remplacer ce terme par le terme « devra », puisque vous arrêterez par voie réglementaire une liste de médicaments.

Je maintiens donc mon amendement pour y voir clair dans la formulation juridique qui pourra intervenir à une autre occasion. Je pense qu'il faut rassurer nos professionnels de santé et ne pas mettre un article avec trois alinéas contenant l'expression « peut ».

**M. le président.** Madame Annie Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 243 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** Oui, monsieur le président. Je souhaite que la médecine soit réservée aux médecins, sans cadre aussi contraignant.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 4 rectifié *quater*, 233 et 243 rectifié *ter*.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Philippe Dallier.)*

## PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER vice-président

**M. le président.** La séance est reprise.

Dans la discussion des articles du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2018, nous poursuivons l'examen de l'article 40.

L'amendement n° 390 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Bonhomme, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Paul, Le Gleut, Charon et Pellevat et Mme Deromedi, n'est pas soutenu, non plus que l'amendement identique n° 554 rectifié *ter*, présenté par MM. Danesi, de Nicolaj, Gremillet, Husson, Paccaud et Genest et Mme Bories.

L'amendement n° 131, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 56

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement vise à étendre les mesures prévues par l'article 40 s'agissant de l'encadrement de la publicité en faveur des produits de santé au sein des établissements de santé à l'ensemble de ces établissements, y compris ceux qui relèvent du secteur privé ou du secteur privé non lucratif.

En effet, la rédaction proposée ne vise que les établissements publics de santé.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Évidemment, madame la rapporteur, je souscris à l'objet de votre amendement, mais le problème est que le rôle du directeur d'établissement n'est pas du tout le même dans le secteur privé et dans le secteur public. Dans les établissements privés, les médecins, étant libéraux, ne sont pas soumis à l'autorité du responsable d'établissement.

Le Gouvernement sollicite le retrait de l'amendement, qui n'est pas acceptable juridiquement.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Je le retire, monsieur le président !

**M. le président.** L'amendement n° 131 est retiré.

Je mets aux voix l'article 40, modifié.

*(L'article 40 est adopté.)*

### Articles additionnels après l'article 40

**M. le président.** L'amendement n° 489, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Ce n'est pas la première fois que nous déposons cet amendement, qui porte sur la licence d'office.

Pour rappel, la licence d'office a été créée il y a une vingtaine d'années pour soigner les malades atteints du VIH. Elle permet, pour des raisons de santé publique, de contourner un brevet existant et de créer un médicament de même intérêt thérapeutique à un tarif abordable.

Prévu dans le code de la propriété intellectuelle, ce dispositif, utilisé notamment au Brésil, en Inde et dans plusieurs pays européens, ne l'a jamais été en France.

Chaque fois que nous présentons cet amendement, on nous rétorque, sans nous fournir davantage d'explications, que son dispositif n'apporte rien sur le plan législatif, puisqu'il est déjà possible d'utiliser cette procédure. S'il est possible d'utiliser la licence d'office, pourquoi ne le fait-on pas ?

Le Gouvernement nous a invités, depuis le début de l'examen du PLFSS, à faire preuve d'innovation et à voter des pratiques nouvelles, afin de casser certains cadres dits « archaïques ». Aussi, l'adoption de cet amendement offrirait à l'État une belle possibilité de disposer d'un moyen de pression, notamment sur les industriels, pour prendre en main la production de médicaments indispensables à la santé de nos concitoyens et de nos concitoyennes.

Je sais que vous avez eu beaucoup de discussions au sujet des médicaments et de leur prix ; nous en avons déjà parlé. Les rencontres avec vos partenaires internationaux, notamment du G7, madame la ministre, vous ont permis d'aborder l'intérêt, les limites et les manques de la licence d'office, dont nous pensons, vous l'aurez compris, qu'il s'agit d'un bon moyen de continuer à être maître d'une politique de santé et du médicament digne d'un pays comme la France du XXI<sup>e</sup> siècle.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Le régime de la licence d'office est défini par l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. Il me paraît inutile de le rappeler pour l'appliquer aux seuls médicaments contre l'hépatite C.

En outre, le rapport de la commission sur le prix du médicament, rédigé par notre collègue Yves Daudigny et notre ancien collègue Gilbert Barbier, a établi que « le risque en cas de recours à la licence d'office est donc que le juge national impose à l'État de payer le prix demandé par le laboratoire, lequel prix viendra, du point de vue des finances publiques, s'ajouter au coût d'achat ou au moins de production des médicaments produits sur le fondement de la licence d'office ».

Des doutes subsistent quant à l'intérêt de cette mesure dans le but de faire baisser le prix des médicaments onéreux.

C'est pourquoi la commission sollicite le retrait de l'amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Madame Cohen, vous avez raison de toujours essayer de trouver des moyens de réduire les coûts des médicaments. Cependant, le présent amendement vise uniquement à rappeler l'existence d'un dispositif en vigueur. C'est pourquoi je vous propose de le retirer.

Pour autant, nous pourrions discuter de l'intérêt effectif de la licence d'office. Mme Deroche en a tout de même rappelé les risques. C'est un métier de fabriquer des médicaments !

Aujourd'hui, nous privilégions la négociation conventionnelle et, jusqu'à présent, nous avons toujours réussi à aboutir à un prix négocié, acceptable pour la communauté. Mais peut-être aurons-nous un jour à nous servir de ce dispositif si nous n'aboutissons pas à un accord.

Dans ces conditions, le Gouvernement demande le retrait de l'amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 489 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Non, monsieur le président. Non que je ne sois pas convaincue du bien-fondé de son dispositif, mais les éléments d'information qu'a communiqués Mme Deroche et qu'elle avait déjà évoqués en commission posent une vraie question, et nous n'avons pas été en mesure de l'approfondir depuis.

Nous avons encore des doutes, parce que ce dispositif est d'ores et déjà employé au Brésil ou encore dans des pays qui rencontrent des difficultés, comme l'Inde, ce qui leur a permis de ne pas se voir imposer des prix exorbitants.

Il doit donc bien y avoir un moyen de dépasser cette barrière. Nous allons continuer à réfléchir. Si jamais un groupe de travail se constituait sur cette question, nous sommes volontaires pour y participer.

Je retire l'amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 489 est retiré.

L'amendement n° 487, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

« Les informations transmises sont évaluées par un auditeur indépendant.

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

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement prévoit une plus grande transparence des dépenses de santé et, de manière plus générale, de l'économie du médicament, de la phase de recherche à celle de commercialisation.

On sait que l'opacité qui peut régner parfois nourrit des suspicions. C'est pourquoi nous proposons que soit rendu public le chiffre d'affaires par produit réalisé chaque année par les entreprises.

L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel à la suite des diverses remises – taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance... –, permettrait une vision éclairée, pour les parlementaires et la société civile, des finances publiques et de la politique publique du médicament.

Actuellement, seul le montant global des remises est publié chaque année.

Nous souhaitons aller plus loin dans cette transparence et améliorer la clarté concernant les dépenses de santé, afin de permettre une approche mieux informée de l'économie générale du médicament, de sa recherche à sa commercialisation.

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

On nous oppose régulièrement le secret des affaires. Or on ne saurait se contenter de cet état de fait et laisser perdurer certaines dérives et certains conflits d'intérêts. Mais nous avons déjà échangé sur ce sujet.

Tel est le sens de notre amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il a semblé à la commission qu'une telle publicité serait, en effet, contraire au respect du secret des affaires auquel la France est tenue.

Elle aboutirait, en outre, à priver la négociation conventionnelle de tout intérêt.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** J'ai moi-même beaucoup réfléchi à ce sujet, parce que j'avais le même sentiment que vous, madame Cohen : je pensais que le secret des affaires et l'opacité nuisaient.

En réalité, le système est construit de telle façon que l'adoption de votre amendement serait contre-productive.

Le Comité économique des produits de santé, le CEPS, rend publique la remise globale, pour l'ensemble des industriels. L'année dernière, par exemple, cette remise s'est élevée à 1 milliard d'euros.

Si la remise de chaque industriel était rendue publique, cela obligerait les industriels, qui s'appuient sur le prix négocié dans un pays pour négocier avec les autres pays, à accorder les mêmes remises dans tous les pays. Ils seraient donc amenés à négocier plus durement les prix avec le CEPS français, ce qui aboutirait, me semble-t-il, à des remises de prix plus faibles.

C'est la raison pour laquelle on doit repenser le système de fixation du prix des médicaments de façon globale et cohérente. Si on le fait par petits bouts, on induit des effets pervers.

Je pense réellement que l'adoption de votre amendement aboutirait à des négociations moins faciles pour le CEPS. C'est la raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 487 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** À la lumière de ces explications, nous retirons notre amendement, monsieur le président.

Nous verrons, au cours de l'année, comment les choses bougent et, en fonction de cette évolution, nous présenterons, lors du prochain PLFSS, un amendement enrichi.

**M. le président.** L'amendement n° 487 est retiré.

#### Article 41

① Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 162-17-3, il est inséré un article L. 162-17-3-1 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 162-17-3-1.* – I. – Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent participer au fonctionnement du Comité économique des produits de santé par la mise à disposition de leurs personnels. Par dérogation au premier alinéa de l'article 43 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, ces mises à disposition ne sont pas assorties de remboursement par l'État. Les conditions d'application du présent I, notamment le nombre maximum de personnels mis à disposition, sont fixées par décret.

④ « II. – Les systèmes d'information portant sur la gestion économique ou administrative, le recueil d'informations ou l'information des acteurs du système de santé relatifs aux médicaments et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont mis à la disposition du Comité économique des produits de santé et de ses membres ou de l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie, qui en assure le développement et la maintenance. Un décret détermine les conditions d'application du présent II. » ;

⑤ 2° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est ainsi rédigée : « Le Comité économique des produits de santé peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché ou pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article

L. 165-1 ou pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation au titre des articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionnés aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-7, des produits et prestations concernés. » ;

- ⑥ 3° Après l'article L. 165-2, il est inséré un article L. 165-2-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 165-2-1.* – Lorsque, dans le cadre de l'inscription ou du maintien de l'inscription, sous quelque forme que ce soit, de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ou dans le cadre d'une négociation tarifaire, le fabricant ou le distributeur produit, à son initiative ou sur demande, des données manifestement erronées relatives aux conditions de prise en charge, aux volumes de vente ou aux montants remboursés par les régimes d'assurance maladie dans d'autres États membres de l'Union européenne, ainsi qu'aux conditions réelles ou prévisibles d'utilisation ou aux volumes de vente en France, le Comité économique des produits de santé peut prononcer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de ce fabricant ou de ce distributeur.
- ⑧ « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour les produits ou prestations considérés. Dans le cas d'une première demande d'inscription de produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1, la pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires annuel, hors taxes, pour la France, estimé sur la base de la population de patients ayant vocation à bénéficier du traitement correspondant aux produits ou prestations concernés. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- ⑨ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- ⑩ « Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑪ 4° Le II de l'article L. 165-3-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Par dérogation à l'avant-dernier alinéa du présent II, les pharmaciens titulaires d'officine sont considérés comme étant représentés par le ou les syndicats représentatifs, au sens de l'article L. 162-33, des pharmaciens titulaires d'officine, sauf opposition d'un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine qui, dans ce cas, relèvent alors des modalités prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent II. Les volumes de vente affectés à chaque syndicat sont établis sur la base des données de l'assurance maladie, en multipliant

l'audience de ce syndicat par les volumes de vente de l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine, à l'exception de ceux ayant notifié leur opposition. » ;

- ⑬ 5° L'article L. 165-4 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑮ – au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑯ – la première phrase est complétée par les mots : « , les dépenses remboursées par l'assurance maladie, le cas échéant par indication thérapeutique, les conditions réelles d'usage des produits ou prestations, les niveaux de recours au sein d'une catégorie de produits ou prestations comparables, ainsi que sur les autres critères prévus aux I et II de l'article L. 165-2 » ;
- ⑰ – après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces critères peuvent être considérés pour un ensemble de produits ou prestations comparables même si la convention ne porte que sur certains de ces produits ou prestations. » ;
- ⑱ – à la deuxième phrase, après le mot : « produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- ⑲ b) Après le même premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑳ « II. – Le remboursement par l'assurance maladie des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les fabricants ou distributeurs. Le cas échéant, une décision du Comité économique des produits de santé précise si ces remises sont dues par les fabricants ou par les distributeurs. Les remises peuvent concerner un produit ou une prestation ou, le cas échéant, un ensemble de produits ou prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte l'évolution globale des volumes de ventes pour cet ensemble de produits ou prestations.
- ㉑ « S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial, les remises sont fixées par convention entre le fabricant ou le distributeur et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité.
- ㉒ « S'agissant des produits ou prestations inscrits sur la liste par description générique ou description générique renforcée, les remises sont fixées par convention entre le comité et un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs dans les conditions prévues à l'article L. 165-3-3 ou, à défaut, par décision du comité. » ;
- ㉓ c) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ㉔ – au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ㉕ – à la première phrase, après la seconde occurrence du mot : « produits », sont insérés les mots : « ou prestations » ;
- ㉖ 6° L'article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉗ « Le prix d'achat des produits ou prestations acquitté par l'établissement ne peut, le cas échéant, être supérieur au prix mentionné à l'article L. 165-3. »

**M. le président.** L'amendement n° 491, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Le dispositif de cet amendement constitue une mesure de justice et d'égalité de traitement.

Si les pharmacies libérales sont ouvertes aux assurés du régime minier, l'inverse n'est actuellement pas possible.

Derrière ce refus se cache, en fait, une forme d'anticipation de la fermeture des pharmacies minières, qui a permis d'accélérer l'ouverture de nouvelles officines libérales.

Notre propos, je le dis très clairement, n'est pas d'opposer les unes aux autres. Ce qui est en jeu, c'est le traitement équitable des pharmacies minières.

On en est loin : tout est fait, en effet, pour justifier et accélérer la fermeture des pharmacies du régime minier. Par exemple, la méthode comptable sépare les résultats très excédentaires de la vente du matériel médical des résultats globaux de l'officine minière, ce qui fragilise ces derniers.

Madame la ministre, mes chers collègues, vous connaissez l'enjeu : historiquement, les excédents des pharmacies minières ont comblé les déficits des centres de santé, lesquels proposent une offre de soins sans dépassements d'honoraires et sans avances de frais et sont ouverts depuis quinze ans à toute la population du territoire, à tel point qu'ils sont aujourd'hui fréquentés à 60 % en moyenne par des assurés du régime général. Ce n'est donc pas un problème minier *stricto sensu*. C'est un problème d'offre de santé.

C'est l'offre de soins globale qui est impactée par la fermeture accélérée des officines minières dans le bassin minier, territoire qui cumule – il importe de le rappeler – pauvreté et surmortalité évitable jusqu'à 70 % au-dessus de la moyenne nationale. Reste un message d'espoir : sur ce territoire plus ou moins déserté par les médecins aujourd'hui, les centres de santé existants constituent déjà, lorsqu'ils ont été modernisés et adaptés, un levier de lutte contre la désertification médicale, notamment parce qu'ils accueillent de plus en plus de médecins stagiaires, auxquels on va donner l'envie de s'y installer.

C'est pourquoi nous vous proposons de permettre l'ouverture des pharmacies du régime minier aux assurés du régime général, en vue de stabiliser les excédents de ces pharmacies et de redonner des perspectives au personnel, et ce, bien évidemment, au bénéfice du développement sanitaire du territoire.

Une telle mesure s'inscrirait aussi, madame la ministre, dans votre programme général de développement des centres de santé sur les différents territoires.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Watrin, vous savez que l'autorisation d'ouverture aux affiliés des autres régimes a été appliquée dans trois pharmacies minières, qui ont été autorisées à recevoir les patients de tous les autres régimes.

En fait, ces nouveaux patients n'ont contribué qu'à hauteur de 10 % à peu près du chiffre d'affaires des trois pharmacies, et il a été montré que cet apport était trop faible pour compenser la baisse d'activité de ces pharmacies minières. L'expérimentation n'a donc pas été concluante. Face à ce constat, nous considérons qu'il n'est pas souhaitable de la généraliser.

En réalité, dans les territoires où subsistent aujourd'hui des pharmacies minières, le maillage territorial des pharmacies est correct. Dès lors, l'ouverture des pharmacies minières à l'ensemble des affiliés du régime général aboutirait à déstabiliser les pharmacies existantes.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

**M. Dominique Watrin.** Madame la ministre, vous me faites la même réponse que Mme Touraine.

Vous confondez les territoires : c'est dans le sud de la France qu'il y a eu deux ou trois ouvertures bilatérales de pharmacies minières. Moi, je vous parle d'un autre territoire, où la perspective d'ouverture des pharmacies minières aux assurés du régime général permettrait de consolider l'offre de soins généraliste.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 491.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 132 est présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 222 est présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Guillaume, Mmes S. Robert, Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain.

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

L'amendement n° 490 est présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteur, pour présenter l'amendement n° 132.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement vise à supprimer le dispositif d'ajustement à la baisse des prix et des tarifs des dispositifs médicaux et des prestations associées au-delà d'un plafond de dépenses.

L'article 41 met en place plusieurs mesures de régulation économique du secteur des dispositifs médicaux. Si leur philosophie peut aisément être partagée compte tenu du dynamisme des dépenses associées à ces dispositifs, il est à craindre que leur caractère ambitieux et soudain n'aboutisse à une déstabilisation profonde de ce secteur. Celui-ci est, en effet, en cours de structuration et repose encore principalement sur un réseau de petites entreprises produisant le plus souvent en petites séries et avec un gain marginal faible.

En outre, la croissance des dépenses en matière de dispositifs médicaux et de prestations associées s'explique en partie par le développement des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agit, par ailleurs, d'encourager.

Il est donc proposé de supprimer ce dispositif, en conservant les autres mécanismes d'ajustement prévus par l'article 41. Il sera toujours possible aux parties prenantes de convenir d'une mesure de régulation équivalente par voie conventionnelle.

Tous les secteurs, notamment celui du soin à domicile, nous ont fait part des vives préoccupations que leur inspire l'alinéa 5. Tel est l'objet de la suppression de cet alinéa.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour présenter l'amendement n° 222.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Je ne dirais pas mieux que Mme la rapporteur.

Je veux simplement faire trois remarques.

Premièrement, la mesure est un peu brutale pour les associations et les entreprises qui font de la prestation à domicile, car elles n'ont pas eu le temps de se préparer à élaborer des budgets qui tiennent compte des éventuelles atténuations de remboursements.

Deuxièmement, elle est un peu contradictoire – je dirais même : totalement contradictoire ! – avec la nécessité de développer le secteur ambulatoire et, par conséquent, de disposer d'outils – je pense notamment aux prestataires à domicile – suffisamment performants et en capacité de répondre en temps utile et rapidement à la demande qui s'exprime.

Troisièmement, je ne vois pas aujourd'hui l'intérêt de cette mesure. La plupart des associations concernées sont de petite taille ou n'ont pas les capacités financières susceptibles de leur permettre d'absorber ces difficultés.

Par conséquent, je souhaite à tout le moins que l'on mette à l'étude les conséquences d'une telle mesure. Nous pourrions alors prendre une décision parfaitement réfléchie et argumentée.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour présenter l'amendement n° 348 rectifié.

**M. René-Paul Savary.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 490.

**M. Dominique Watrin.** Il est également défendu, monsieur le président.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à ces quatre amendements identiques.

L'article 41 étend aux dispositifs médicaux utilisés en ville un mécanisme de régulation qui existe déjà pour les dispositifs médicaux utilisés à l'hôpital.

L'idée n'est absolument pas d'empêcher le virage ambulatoire. Il s'agit, dans l'hypothèse où l'utilisation d'un dispositif par un prestataire dépasserait la population cible envisagée, de se doter d'une méthode de régulation possible si nous ne parvenons pas à réguler les prix par la voie conventionnelle des négociations.

Cet outil est indispensable pour réguler le secteur ambulatoire, que nous souhaitons évidemment développer. L'objectif n'est pas de l'utiliser de façon régulière : il ne servirait que si la négociation n'aboutit pas.

Aussi, le Gouvernement est défavorable à ces quatre amendements identiques.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

**M. Dominique Watrin.** Nous souscrivons bien évidemment à l'idée que l'ambulatoire peut être une bonne solution. Personne ne veut rester des journées entières à l'hôpital.

L'ambulatoire ne pose pas de problème en soi. Le problème est celui des conditions dans lesquelles on assure le retour à domicile. Je peux témoigner, madame la ministre, de deux ou trois exemples de retours à domicile absolument catastrophiques. Le maire a été alerté de ces situations inacceptables.

En exerçant de nouvelles pressions économiques ou comptables ou en cherchant à encadrer les dépenses, on passe à côté du sujet. Il y a encore beaucoup à faire pour assurer la transition de l'hôpital au domicile. En particulier, on pourrait procéder à une évaluation de la qualité du retour à domicile des usagers.

D'ailleurs, celui-ci peut aussi avoir un impact économique sur les hôpitaux, puisque, lorsqu'il ne se passe pas bien, les patients reviennent à l'hôpital, avec des coûts induits. Il s'agit donc là d'une vraie question.

**M. le président.** La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

**M. Michel Amiel.** L'ambulatoire n'est pas une panacée.

On peut aborder le sujet de plusieurs façons : sanitaire, économique et sociale.

D'un point de vue sanitaire, le raccourcissement du délai n'est pas une fin en soi. Toutefois, raccourcir le délai d'hospitalisation, c'est aussi diminuer le risque de maladies nosocomiales ; il faut mettre en exergue cette donnée. Les statistiques le prouvent : plus on reste hospitalisé longtemps, plus on a de risques de développer une telle maladie.

Je n'insisterai pas sur l'aspect économique : il est évident que l'ambulatoire fait faire des économies.

Sur le plan social, je voudrais juste m'attarder sur une catégorie de personnes chez qui l'hospitalisation peut être particulièrement délétère : je veux parler des personnes âgées.

Certes, les personnes âgées peuvent se retrouver seules quand elles regagnent leur domicile, mais, bien évidemment, tout dépend de leurs conditions de vie. Je rappelle tout de même que l'hospitalisation est la meilleure façon de provo-

quer un basculement neuropsychologique des personnes âgées, puisque, en milieu hospitalier, celles-ci ne retrouvent évidemment plus leurs repères habituels.

Je n'interviendrai plus sur l'ambulatoire – cette question mérite d'être développée avec des éléments chiffrés. Quoi qu'il en soit, il faut bien prendre en compte ces trois dimensions. Dire qu'il s'agit simplement de fermer des lits pour faire des économies est un peu caricatural.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Je soutiens ces quatre amendements identiques. Je m'associe à ce que vient de dire mon collègue Michel Amiel.

Sur le plan social, il faut surtout que le retour à domicile soit préparé en amont. Souvent, les personnes sortent de l'hôpital brutalement.

Même si la prise en charge à domicile est organisée à l'échelle du canton, les organismes doivent pouvoir connaître la date de sortie des patients, au plus tard la veille.

Le développement de l'ambulatoire ne va pas sans une dimension sociale: l'assistante sociale doit prévenir les organismes pour que ceux-ci puissent préparer ce qu'il y a à faire, comme la mise à disposition d'un lit médicalisé. Bien évidemment, cette coordination entre l'hôpital et le domicile repose sur un dossier médical partagé.

Permettez-moi également de formuler une réflexion pratique « de base » sur certains dispositifs médicaux.

J'ai souvent vu, par exemple, que des appareils de glycémie capillaire fonctionnant encore très bien devaient être changés parce que l'on ne trouvait plus de bandelettes. J'ai aussi souvent vu, à la sortie de l'hôpital, des kits de pansements énormes, alors que, même si cela peut paraître un peu vieillot, on peut très bien, avec des mesures d'hygiène, panser une petite plaie avec une compresse et un sparadrap.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 132, 222, 348 rectifié et 490.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 327 rectifié *bis*, présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé:

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé:

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Nous restons sur le même sujet.

Le Comité économique des produits de santé, le CEPS, peut désormais fixer, pour les produits et prestations pris en charge au titre de la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du

code de la sécurité sociale, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité, mentionné aux articles L. 162-16-4 à L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 165-7, des produits et prestations concernés.

Ce nouvel outil de régulation sur les produits et prestations relevant de la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie s'inspire des mécanismes utilisés pour le médicament.

Il est, à notre sens, incompatible avec les spécificités du secteur de la santé à domicile. En effet, l'évolution démographique et épidémiologique conjuguée à une volonté politique forte en faveur du virage ambulatoire – ces sujets ont déjà été évoqués – conduit à une augmentation inéluctable du nombre de patients souffrant de maladies chroniques.

L'objet de l'amendement est de garantir que, dans l'hypothèse où le CEPS fixe un montant maximal des dépenses de l'assurance maladie au-delà duquel une baisse de prix pourra être décidée, ce montant maximal ne soit pas uniquement déterminé au regard des critères posés par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, mais prenne également en compte les facteurs de cette évolution, en lien avec la démographie, l'épidémiologie et la volonté politique d'un accroissement des prises en charge à domicile, tel que l'inscrira, d'ailleurs, la stratégie nationale de santé.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Outre le fait que cet amendement nous a semblé présenter quelques défauts rédactionnels, il est assez difficile d'évaluer objectivement le montant des économies que permettrait une prise en charge en ville et, surtout, de l'actualiser.

Pour ces raisons, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La Haute Assemblée venant de voter la suppression du dispositif visé, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 327 rectifié *bis* est-il maintenu?

**M. Yves Daudigny.** Non, je le retire, monsieur le président.

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

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 383 rectifié *ter*, présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, M. Paul, Mme Berthet, M. Pellevat, Mme Micouleau, MM. Buffet, Poniatowski, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent et Mme Deromedi, est ainsi libellé:

Alinéa 12, première phrase

Supprimer les mots:

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

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

**M. Jean-Marie Morisset.** En 2015, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine, l'USPO, et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, la FSPF, ont été déclarées représentatives par le ministère de la santé, respectivement à 42,6 % et 48,8 %.

Ces résultats permettent ainsi aux syndicats de représenter l'ensemble des pharmaciens d'officine au sein des différentes autorités compétentes. Il semble donc inopportun, voire inutile, de permettre à quelques pharmaciens non représentatifs de venir défendre devant le CEPS leurs propres intérêts économiques.

**M. le président.** L'amendement n° 133, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 12, première phrase

Supprimer les mots :

, dans ce cas,

La parole est à Mme la rapporteur, pour présenter l'amendement n° 133 et donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 383 rectifié *ter*.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

La commission émet un avis de sagesse sur l'amendement n° 383 rectifié *ter*.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements. La rédaction proposée par la commission nous semble moins claire.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 383 rectifié *ter*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 133.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 41, modifié.

*(L'article 41 est adopté.)*

## Article 42

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 4° de l'article L. 162-4, il est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ③ « 5° Lorsqu'ils prescrivent des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 en l'absence de l'accord sur la prise en charge de ces prestations prévu à l'article L. 315-2. Lorsque cette demande d'accord est en cours d'instruction, les médecins inscrivent que la prise en charge est subordonnée à un accord préalable du service du contrôle médical. » ;
- ④ 2° L'article L. 315-2 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑥ b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ – au début, est ajoutée la mention : « II. – » ;

- ⑧ – après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À défaut de réponse du service du contrôle médical dans un délai fixé par décret, l'accord est réputé avoir été donné ; ce délai peut être différent selon la nature de la prestation. » ;
- ⑨ – à la fin de la seconde phrase, les mots : « les prestations dont » sont remplacés par les mots : « une prestation dans l'un des cas suivants » ;
- ⑩ c) Au troisième alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « sa » et sont ajoutés les mots : « , notamment lorsqu'il existe un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou de mésusage » ;
- ⑪ d) Au quatrième alinéa, le mot : « la » est remplacé par le mot : « sa » et le mot : « leur » est remplacé par le mot : « son » ;
- ⑫ e) Au début du cinquième alinéa, les mots : « le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie ou de » sont remplacés par les mots : « la prestation, à titre unitaire ou compte tenu de son volume global, a, de manière prévisible ou constatée, un caractère particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou pour » ;
- ⑬ f) Après le même cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « – le recours à une autre prestation est moins coûteux. » ;
- ⑮ g) Au début du sixième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑯ h) Après le septième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'une proposition tendant à l'application de la procédure d'accord préalable à certaines prestations. En l'absence de décision de mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable par ce collège à l'expiration d'un délai fixé par décret, cette décision peut être prise par arrêté des mêmes ministres.
- ⑱ « Indépendamment des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent III, la décision peut être prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit sur les listes ou sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à la suite d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ou à la suite d'une prise en charge en application des articles L. 162-16-5-2 ou L. 162-17-2-1 du présent code. Dans ces cas, les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑲ i) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑳ – au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;

- ②1 – à la première phrase, les mots : « des deuxième à cinquième alinéas » sont remplacés par les mots : « du présent article relatives à la procédure d'accord préalable » ;
- ②2 j) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – » ;
- ②3 3° L'article L. 315-3 est ainsi rétabli :
- ②4 « Art. L. 315-3. – I. – Lorsque la prise en charge de médicaments, ou de produits et prestations éventuellement associées mentionnés à l'article L. 165-1, est subordonnée à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2, le pharmacien, le prestataire de services ou tout autre distributeur de matériel auprès du public informe le patient de ces conditions particulières de prise en charge.
- ②5 « II. – Tout pharmacien, distributeur ou prestataire est tenu de s'assurer que l'accord du service du contrôle médical autorisant la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments ou des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 a été donné. Pour la prise en charge de ces médicaments ou produits et prestations par l'assurance maladie, il est tenu d'agir conformément à la décision du service du contrôle médical.
- ②6 « III. – Le non-respect par tout pharmacien, distributeur ou prestataire des obligations prévues au II peut donner lieu à un recouvrement de l'indu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4. »
- ②7 II. – Les décisions du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale prises antérieurement à la publication de la présente loi demeurent en vigueur tant qu'elles ne font pas l'objet d'une nouvelle décision prise au titre de la présente loi.

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 134, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'article 42 ajoute un nouveau cas de recours à la procédure de demande d'accord préalable, lorsque « le recours à une autre prestation est moins coûteux », ce qui est d'ailleurs quelque peu contradictoire avec les objectifs annoncés dans l'exposé des motifs.

Il nous a semblé utile d'encadrer cette disposition de plus fortes garanties, afin de s'assurer que celle-ci ne conduise pas à une perte de chance pour les patients. Cette autre prestation doit en effet présenter la même efficacité thérapeutique.

La formulation est ainsi davantage alignée sur celle des autres cas de recours à cette procédure prévus par le code de la sécurité sociale.

**M. le président.** L'amendement n° 181 rectifié *ter*, présenté par M. Gilles, Mme Bories, MM. Panunzi, Houpert et Forissier, Mme Micoulean, MM. Paul et Cuypers, Mme Garriaud-Maylam, MM. Pellevat et Lefèvre, Mme Giudicelli, MM. Cambon et Karoutchi, Mme A. M. Bertrand, M. Laménie et Mmes Lamure et Berthet, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 392 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Morhet-Richaud et MM. Panunzi, Chaize, Mandelli, Bazin et Paul, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Remplacer les mots :

moins coûteux

par les mots :

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

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** L'article 42 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale uniformise et renforce le mécanisme d'autorisation préalable du service de contrôle médical des caisses d'assurance maladie.

Ce mécanisme conditionne la prise en charge, par l'assurance maladie, d'une prestation ou d'une prescription de produits par les praticiens. Cette extension de l'autorisation préalable s'inscrit pleinement dans les objectifs de réduction des dépenses de l'assurance maladie annoncés par le Gouvernement, car c'est bien le montant du coût qui conditionnera la prise en charge, ou non, d'une prestation ou d'une prescription.

Dans le cas des médicaments, l'accord préalable de prise en charge par l'assurance maladie se base sur le prix unitaire du produit. Or il est de notoriété publique que certains médicaments, plus coûteux que d'autres – notamment les nouvelles molécules –, offrent de meilleurs résultats, épargnent aux patients beaucoup d'effets secondaires ou de complications. Les médicaments anticoagulants oraux directs, par exemple, sont considérés comme des produits coûteux, mais ont un niveau d'efficacité élevé là où d'anciens traitements anticoagulants, certes moins coûteux, entraînaient environ 5 000 décès chaque année.

Dès lors, le coût d'un médicament ne peut être considéré comme un indicateur pertinent pour déterminer sa prise en charge, ou non, par l'assurance maladie, ne serait-ce qu'en raison de son caractère incomplet : le coût des accidents, des hospitalisations, des soins de suite ou de la prise en charge d'un handicap provoqué par la prise d'un traitement, n'est pas comptabilisé dans le prix unitaire d'un médicament à l'achat en officine.

La seule efficacité d'un produit ou d'une prestation ne peut pas, et ne doit pas, être considérée comme une variable d'ajustement. La santé est un service public. Les besoins de santé ne doivent pas être subordonnés à des logiques de financement. Au contraire, c'est le financement qui doit être adapté aux besoins de santé.

C'est la raison pour laquelle je vous propose d'adopter cet amendement, qui vise à répondre à l'objectif d'une plus grande efficacité des prescriptions, tout en assurant une meilleure sécurité juridique et une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée médicale.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement ayant la même finalité que celui de la commission, je vous demande, ma chère collègue, de bien vouloir le retirer au profit de celui de la commission.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** L'avis est défavorable. Il s'agit d'un enjeu de pertinence.

Voilà plusieurs jours que nous discutons de l'intérêt à réguler notre système de santé, notamment en matière de pertinence des soins, des actes, des parcours et des prescriptions. Or nous savons que des dérives existent aujourd'hui dans le cadre de certaines prescriptions. Nous savons aussi qu'il y a des alternatives potentielles à certains médicaments excessivement coûteux.

La mise sous entente préalable n'aboutirait pas du tout à une perte de chances pour les malades, mais elle permettrait simplement de vérifier que les indications thérapeutiques de ces médicaments coûteux sont bien respectées. Ce dispositif a donc pour objet d'éviter des prescriptions inappropriées, c'est-à-dire délivrées dans un cadre où la pertinence de ces médicaments n'aurait pas été prouvée.

Tel est le sens de la mise sous entente préalable, mécanisme maintenant éprouvé et bien toléré par les professionnels de santé et répondant à des critères très stricts en termes d'évaluation de l'intérêt du médicament, ou de l'acte, dans des indications données.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à ces amendements, dont l'adoption reviendrait à restreindre le champ d'application de cet article.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 134.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 392 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 135 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 17, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

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

III. – Alinéa 18, première phrase

1° Remplacer les mots :

deuxième et troisième alinéas du présent III

par les mots :

deux précédents alinéas

2° Après le mot :

décision

insérer les mots :

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

IV. – Alinéa 20

Remplacer la référence :

IV

par la référence :

III

V. – Alinéa 22

Remplacer la référence :

V

par la référence :

IV

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Favorable, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 135 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

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

Alinéa 17, première phrase

Avant les mots :

Les ministres chargés

insérer les mots :

Pour des motifs de santé publique,

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

**Mme Élisabeth Doineau.** Il s'agit d'un amendement de précision, monsieur le président.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement vise à circonscrire de manière opportune la possibilité pour les ministres concernés de saisir le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, lorsque des « motifs de santé publique » sont en jeu.

La commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Vu le sujet, le Gouvernement s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 398 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 42, modifié.

*(L'article 42 est adopté.)*

### Articles additionnels après l'article 42

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

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Christine Lavarde.

**Mme Christine Lavarde.** Si vous le permettez, monsieur le président, je défendrai également l'amendement n° 6 rectifié *quater*, car ils ont le même objet.

Ces deux amendements visent tous les deux à supprimer la mention « sous forme exclusivement manuscrite » à deux endroits du code de la santé publique.

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit dans la partie législative du code de la santé publique l'obligation, pour le médecin, d'inscrire sur l'ordonnance la mention « non substituable » sous forme exclusivement manuscrite.

À l'heure où les médecins sont fortement incités à informatiser les cabinets médicaux et où des expérimentations ont lieu sur les prescriptions électroniques, il n'est pas concevable d'obliger les médecins, pour chaque ligne de prescription, à porter la mention « non substituable » sur l'ordonnance de façon manuscrite.

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

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Cet amendement a été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'avis de la commission sera identique concernant les deux amendements, l'un portant sur les génériques et l'autre, les biosimilaires.

La précision selon laquelle la mention « non substituable » doit être manuscrite peut effectivement poser question à l'heure de l'informatisation des cabinets médicaux et du déploiement de logiciels d'aide à la prescription.

Toutefois, cette obligation implique une attention particulière de la part du médecin lors de la prescription. Aussi, la commission a choisi de maintenir la rédaction « sous forme exclusivement manuscrite ».

Je vous demanderai donc, ma chère collègue, de bien vouloir retirer ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis, monsieur le président : retrait, sinon défavorable.

**M. le président.** Madame Lavarde, les amendements n° 5 rectifié *quater* et 6 rectifié *quater* sont-ils maintenus ?

**Mme Christine Lavarde.** Non, je les retire, monsieur le président.

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

### Article 43

- ① I. – L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, aux 1° et 2° et au dernier alinéa du I et aux première et seconde phrases du II, le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;
- ③ 1° *bis* Au 2° et à la première phrase du 5° du I, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « professionnels de santé » ;
- ④ 2° Au 2° du même I, après le mot : « exerçant », sont insérés les mots : « la même profession » ;
- ⑤ 3° Au 2° et à la première phrase du 5° du même I, les mots : « consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée » ;
- ⑥ 4° Au 3° du même I, les mots : « nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées » sont remplacés par les mots : « montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, » ;
- ⑦ 5° Le 5° du même I est ainsi modifié :
- ⑧ a) À la première phrase, après le mot : « exerçant », sont insérés les mots : « la même profession » ;
- ⑨ b) Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour la constatation du nombre de réalisations d'actes, sont exclus ceux réalisés en application et dans le respect d'une prescription médicale précisant expressément leur nombre. »
- ⑩ II. – À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-17 du même code, après les mots : « refus de prise en charge », sont insérés les mots : « ou en l'absence de demande d'accord préalable ».

**M. le président.** L'amendement n° 136, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Amendement rédactionnel, monsieur le président.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Favorable, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 136.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 43, modifié.

*(L'article 43 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 43

**M. le président.** L'amendement n° 432, présenté par M. Médevielle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 161 rectifié *ter*, présenté par M. Houpert, Mme Gruny, M. Frassa, Mme Lassarade, MM. Joyandet, Paul, Cambon et Longuet, Mmes Deromedi et Goy-Chavent, MM. Carle et Charon, Mme Loisier, MM. Médevielle et Leroux, Mme F. Gerbaud et MM. Laménie, Paccaud et Pierre, est ainsi libellé :

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Il s'agit d'un amendement de pertinence : il vise à supprimer deux articles du code de la sécurité sociale.

Le premier article crée une commission des équipements matériels lourds – scanner, IRM, TEP-scan – et fixe également sa composition.

Le second article arrête la procédure des tarifs et la classification des équipements matériels lourds. Il précise également que le directeur général de l'UNCAM peut établir unilatéralement les tarifs et la classification des équipements lourds.

Ces deux articles sont très préjudiciables à l'activité radiologique, privée ou publique, en ce qu'ils rompent avec les principes de la négociation conventionnelle.

De plus, l'article donnant un pouvoir unilatéral au directeur général de l'UNCAM pour fixer les tarifs et les classifications des équipements lourds réduit le champ de compétence de la convention médicale.

On va aboutir à une diminution de l'utilisation des appareils les plus sophistiqués. Quand on interroge le SNITEM, le syndicat national de l'industrie des technologies médicales,...

**M. Philippe Mouiller.** Un lobby! (*Sourires.*)

**M. Alain Houpert.** Il ne s'agit pas d'un lobby, je me suis contenté de les interroger.

Le SNITEM m'a donc répondu qu'on achetait aujourd'hui en France des scanners de basse et moyenne gamme par rapport aux autres pays. Qui en souffre? Le patient, qui subit une perte de chance sur le diagnostic et ne bénéficie pas du logiciel de calcul des doses de radiation.

C'est pourquoi je propose la suppression de ces deux articles du code de la sécurité sociale, car ils sont lourds de conséquences sur l'avenir de la radiologie. La baisse des forfaits techniques ne nuit pas qu'à la radiologie privée, elle nuit surtout à l'hôpital.

Je reprends à mon compte les propos tenus par Mme la ministre voilà quelques instants sur la pertinence et la qualité des soins dans le sens desquels s'inscrit cet amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Attachée à la négociation conventionnelle, la commission s'était opposée à l'article 99 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui a introduit des dispositions pour partie dérogatoires aux pratiques conventionnelles dans le domaine de la radiologie.

Même s'il s'agit d'une procédure de dernier recours, et donc exceptionnelle, par cohérence avec sa position passée, la commission a émis un avis de sagesse sur cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Les dispositions introduites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 que vous souhaitez supprimer créent les conditions d'une révision régulière des forfaits techniques des équipements lourds d'imagerie médicale.

Il s'agit de mieux prendre en compte les innovations techniques et organisationnelles dans la fixation des tarifs. Cet objectif nous semble très judicieux, et je souhaite que la commission réunissant l'ensemble des acteurs concernés soit mise en place.

Dans le cadre de cette procédure, le pouvoir des partenaires conventionnels pour fixer les différentes composantes des tarifs des forfaits techniques et de la classification des appareils est bien entendu préservé : le directeur général de l'UNCAM n'intervient qu'en absence d'accord entre les partenaires.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

**M. Alain Houpert.** Je tiens à préciser que, en cas de désaccord entre le directeur de l'UNCAM et les syndicats, le directeur de l'UNCAM opte toujours pour une baisse des forfaits techniques. Il s'agit donc d'un rapport non pas « gagnant-gagnant », mais « perdant-perdant » entre médecins et patients.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 161 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 43.

L'amendement n° 193 rectifié *bis*, présenté par Mme Deromedi, M. Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, Buffet, Cadic, Cuypers, Danesi et Darnaud, Mme Garriaud-Maylam, MM. Genest et Gremillet, Mme Gruny, M. Houpert, Mme Keller, MM. Kennel et Kern, Mme Lamure, MM. Le Gleut et H. Leroy, Mme Morhet-Richaud et MM. Paccaud et Pierre, est ainsi libellé :

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

« L'opération de division du conditionnement en vue de la délivrance au détail des médicaments par les pharmaciens d'officine ne constitue pas une opération de fabrication au sens du présent code. Elle est réalisée par le pharmacien ou, sous sa responsabilité, par le préparateur en pharmacie ou par un étudiant en pharmacie dans les conditions prévues à l'article L. 4241-10.

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

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

La parole est à M. Olivier Cadic.

**M. Olivier Cadic.** Cet amendement proposé par Jacky Deromedi vise à lutter contre le gaspillage de médicaments.

Un médicament sur deux n'est pas consommé. L'objectif de ce dispositif est triple : lutter contre le gaspillage, car « chaque Français conserve en moyenne 1,5 kilogramme de médicaments non utilisés dans son armoire à pharmacie », limiter l'automédication et réduire le déficit de la sécurité sociale.

Dans un contexte de crise économique, et au regard de la nécessité urgente de trouver de nouvelles ressources pour la sécurité sociale comme de faire des économies durables, il nous a paru nécessaire d'accélérer la mise en œuvre du dispositif adopté voilà un an et de le généraliser.

Toutefois, dans le souci de préparer les officines à cette nouvelle mesure, le nouveau dispositif n'entrerait en vigueur que dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Déjà en place en Angleterre ou en Allemagne, la délivrance de médicaments à l'unité peine à se développer en France.

Pourtant, trois candidats à l'élection présidentielle de 2017, dont M. Emmanuel Macron, ont préconisé, dans leurs programmes, la vente des médicaments à l'unité.

En campagne à Nevers, en janvier 2017, l'actuel Président de la République a affirmé que le passage au médicament à l'unité est un « impératif sanitaire, une nécessité économique et une évidence environnementale ». Il ajoutait : « Une expérimentation a déjà été lancée. Mais il faut aller beaucoup plus vite. Cela demandera une adaptation importante pour les industriels et les pharmaciens. » « Si certains préfèrent faire des économies en déremboursant, il est préférable de faire des économies en déployant de nouvelles manières de dispenser les médicaments », avait également indiqué le candidat sur Twitter.

Madame la ministre, à quelle vitesse nous mettons-nous « en marche » dans ce domaine ? (*Sourires.*)

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Nous discutons régulièrement de ce sujet, qui répond à un objectif de juste prescription des médicaments et de lutte contre le gaspillage.

La commission a toutefois relevé que l'application de ce dispositif poserait plusieurs difficultés, notamment un problème de traçabilité, voire de pharmacovigilance.

Pour les pharmaciens, la préparation des doses à administrer pour certains publics, notamment les personnes âgées, serait une évolution plus intéressante.

En l'état, la commission n'est pas favorable à cet amendement. Néanmoins, mon cher collègue, comme vous l'avez souligné, dans la mesure où le Président de la République s'est engagé sur ce sujet durant la campagne présidentielle, la commission souhaiterait connaître les intentions du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Vous avez raison, monsieur Cadic, il s'agit bien d'une promesse du Président de la République. Il s'agit également d'une vraie piste que nous devons explorer.

Les expérimentations ont eu lieu. Nous venons de recevoir le rapport final ; nous allons voir comment utiliser ces résultats.

À l'instar de Mme la rapporteur, je souligne que se pose la question de la traçabilité. Par ailleurs, les économies réalisées risquent d'être compensées par la rémunération des pharmaciens pour cet acte supplémentaire. En plus, il y a également un risque pour les malades, notamment les personnes âgées – il faut mettre ce dispositif en regard des initiatives récentes sur le pilulier électronique.

Il faut donc tenir compte de la globalité des enjeux. Un tel dispositif ne présenterait aucun intérêt pour les maladies chroniques, quand les médicaments sont prescrits pour trois ou six mois. Par contre, il peut s'avérer intéressant pour les médicaments à visée courte, comme les antibiotiques.

ques. Mais le conditionnement de ces derniers correspond normalement au nombre de jours de traitement, comme l'a validé la Haute Autorité de santé voilà peu de temps.

Nous devons peser le pour et le contre, afin de trouver le bon schéma de mise en œuvre d'une mesure qui paraît judicieuse, ne serait-ce qu'au regard de l'environnement, vous avez raison de le souligner.

À ce stade, nous ne sommes pas prêts pour aller plus loin. Je vous propose de retirer votre amendement pour nous permettre de travailler sur ce sujet d'ici au prochain PLFSS.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** Essayer de délivrer la bonne dose au bon endroit est une idée séduisante. Le problème, c'est que les endroits sont multiples, et c'est ce qui pose un certain nombre de difficultés.

Vous dites que les Français conservent en moyenne 1,5 kilogramme par personne. En tant que médecin généraliste, j'ai eu des surprises extraordinaires en ouvrant l'armoire à pharmacie, notamment chez les patients dits chroniques qui ne consomment pas entièrement leurs boîtes de médicaments, mais les stockent de peur que le remboursement ne soit supprimé s'ils ne les rachètent pas au moment du renouvellement !

Il faut donc, me semble-t-il, mener une véritable éducation auprès des malades et des médecins ; c'est de cette façon qu'on aura des résultats. S'ils ne sont pas consommés, les médicaments se retrouvent dans la chaîne du recyclage. Or les médicaments qui entrent dans le dispositif de recyclage Cyclamed finissent dans l'usine d'incinération. Pour éviter ce gaspillage, ne peut-on pas prendre quelques mesures simples pour voir simplement, au moment de la récupération, si la boîte a été ouverte ou non ?

Cette question pose aussi un problème économique : il faudrait que le pharmacien achète une boîte complète pour ne délivrer qu'un comprimé ; les stocks seraient ainsi à sa charge et non à celle du répartiteur. Une autre solution consisterait à demander au répartiteur d'investir pour être en mesure de délivrer un ou deux comprimés en deux heures et demie, mais il est aujourd'hui rémunéré en fonction du coût du médicament... Dans tous les cas de figure, les coûts de distribution vont augmenter, ce qui réduira d'autant l'économie réalisée.

Cette question mérite une réflexion approfondie, en vue de nous rapprocher le plus possible de cet objectif, mais dans des conditions tout à fait adaptées à la réalité du terrain.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Une idée me vient ; c'est d'ailleurs ce qui se passait il y a quelques années. Quand on contrôle l'armoire à pharmacie des patients, on constate bien souvent que beaucoup de médicaments très récents n'ont pas été utilisés. C'est encore plus vrai quand le malade a été hospitalisé et qu'il rentre chez lui avec une seconde prescription. Or ces médicaments ne vont pas être utilisés. Auparavant, sous l'autorité du pharmacien, on pouvait ramener ces médicaments dans les EHPAD. Cela ne paraît plus autorisé. Or je ne vois pas pourquoi, car cela pourrait se faire sous l'autorité du pharmacien.

**M. le président.** La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

**Mme Michelle Meunier.** Une fois n'est pas coutume, je suis plutôt d'accord avec tout ce que viennent de dire mes collègues.

Je suis un peu déçue de votre réponse, madame la ministre. J'entends bien la complexité du sujet et je comprends qu'il faille tenir compte, par exemple, des observations des laboratoires sur le conditionnement. Mais pourquoi attendre le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale ?

Ce n'est pas la première fois que vous avancez cet argument cette semaine. Mais, je le répète, pourquoi attendre ? Donnons dès à présent le signal du départ en adoptant cet amendement : les annonces et les engagements suivront. Je soutiendrai cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** J'ai écouté avec attention ce qu'a dit Mme Meunier, et je voudrais lui rappeler que nous abordons, depuis plusieurs années, cette question récurrente.

L'année dernière, on nous avait dit que l'on nous préparerait quelque chose et qu'un dossier serait prêt cette année. Mais je constate avec...

**M. Gérard Dériot.** Effroi !

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** ... non pas avec effroi, mais avec une certaine désillusion – sans surprise, en tout cas ! –, que le dossier n'a pas été préparé par le ministère précédent. Mme la ministre ne peut pas nous apporter de réponse aujourd'hui, elle n'était pas aux affaires voilà un an...

**M. le président.** Monsieur Cadic, l'amendement n° 193 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Olivier Cadic.** Je ne serai pas désagréable, je vais le retirer.

J'apprécie, comme le président de la commission, l'engagement de la ministre. Nous aussi, nous prenons l'engagement de le redéposer dans un an ! (*Sourires.*)

Je retire l'amendement.

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

L'amendement n° 224, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Guillaume, Mmes S. Robert, Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

Chapitre ...

Élargir les possibilités d'exercice de certains professionnels de santé

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cet amendement concerne la désertification médicale et ses conséquences sur les établissements médico-sociaux présents dans les territoires concernés.

La possibilité pour un praticien hospitalier d'être détaché dans un établissement de santé privé non lucratif, avant l'accomplissement de la période de service de trois années exigée par le code de la santé publique, a été supprimée par le décret du 29 septembre 2010.

Désormais, aucun praticien ne pourra être détaché dans un établissement de santé privé non lucratif avant la réalisation de trois années de service.

Ces restrictions ont profondément fragilisé l'offre de soins assurée par les établissements privés à but non lucratif, avec le concours des praticiens hospitaliers détachés.

Nous proposons donc d'insérer un nouvel article dans le code de la santé publique permettant aux praticiens hospitaliers d'être détachés à l'issue de la fin de la période probatoire d'un an d'exercice effectif.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'objectif poursuivi par les auteurs de cet amendement a paru louable à la commission pour répondre à la situation des établissements privés non lucratifs, comme l'a souligné notre collègue Jean-Louis Tourenne. Nous aimerions connaître l'avis du Gouvernement sur cette question.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je comprends le sens de votre amendement, monsieur le sénateur.

Toutefois, recruter un praticien hospitalier représente un investissement important : il faut publier une annonce au *Journal officiel*, trouver un candidat, négocier... Tout cela prend au moins un an. Il faut donc un peu de visibilité aux établissements hospitaliers. Si ces praticiens n'assurent même pas un ou deux ans d'exercice dans l'établissement et partent en détachement au moment même de leur nomination, nos hôpitaux publics, qui souffrent déjà aujourd'hui, nous le savons, d'un problème d'attractivité, vont avoir de plus en plus de mal à recruter. Votre proposition est de nature à réduire encore l'attractivité de l'hôpital public.

Aussi, je ne suis vraiment pas favorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 224.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 223 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Guillaume, Mmes S. Robert, Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Liemann, Lubin, Meunier, Rossignol et Van Heghe, MM. Montaugé, Cabanel et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

Chapitre...

Élargir les possibilités d'exercice de certains professionnels de santé

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cet amendement procède de la même logique : il concerne les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

Alors que les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux contribuent pour une large part à leur formation, la grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes s'orientent dès leur diplôme obtenu vers un exercice libéral.

Une telle situation, aggravée par un *numerus clausus* faible, met en grande difficulté de nombreux établissements. Dans certains territoires, elle est même particulièrement alarmante et engendre des effets cumulatifs. En effet, le surcroît de travail lié au manque de personnel de rééducation conduit au découragement et au départ des salariés.

Ainsi est-il proposé de transposer, concernant l'exercice libéral des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, le dispositif mis en œuvre pour les infirmières, lequel prévoit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé avant toute installation.

Les modalités d'accomplissement de cette durée minimale seraient définies par les conventions nationales conclues entre les professionnels et l'assurance maladie.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission n'est pas favorable à l'instauration, sans concertation avec les représentants des professions concernées, qui plus est, d'une condition préalable à l'accès au conventionnement.

Elle a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement. En effet, des avenants conventionnels viennent d'être conclus entre l'UNCAM et les deux professions dont il est question. Ils incluent notamment des éléments de régulation des modalités d'exercice.

À ce stade, il ne nous paraît donc pas opportun de modifier et d'introduire de nouvelles mesures de régulation par voie législative, alors que les avenants datent de cette année.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Le problème soulevé par notre collègue est réel. Les questions posées sont les mêmes que pour les médecins. Se pose effectivement un problème pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

Pour les orthophonistes, dont je connais mieux la situation, j'attire votre attention sur un point, madame la ministre, mes chers collègues : si l'on veut que ces professionnels puissent exercer dans des établissements de santé, il faut revisiter leur statut. Il y a une mobilisation très forte de la profession – on a pu le voir au cours du précédent quinquennat –, s'agissant notamment de la reconnaissance des études et du diplôme.

La question salariale est tellement importante qu'elle dissuade un certain nombre de professionnels de choisir cette filière. Il faut envisager tous ces aspects. En effet, s'il y a des choix à faire, la reconnaissance des orthophonistes et des masseurs-kinésithérapeutes doit intervenir à tous les niveaux, y compris salarial.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 223 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

④	<i>(En milliards d'euros)</i>			
	Octobre 2017 – septembre 2018	Octobre 2018 – septembre 2019	Octobre 2019 – septembre 2020	Octobre 2020 – septembre 2021
Honoraires totaux remboursés (HRTOT)	2,83	2,95	3,13	3,29
Entente directe (ED)	4,02	3,92	3,82	3,70

**M. le président.** L'amendement n° 263 rectifié, présenté par MM. Decool et Wattedled, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 234 rectifié *bis*, présenté par MM. Morisset, Mouiller, D. Laurent, Leroux et Revet, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

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

II. – Il est instauré un moratoire sur les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale pendant une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi.

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

**M. Jean-Marie Morisset.** Madame la ministre, chacun le sait, l'accès aux soins dentaires pour tous est primordial. Le candidat Macron n'a-t-il d'ailleurs pas promis la prise en charge totale des prothèses dentaires ?

Toutefois, nous sommes ici pour évoquer non pas ce plan de prise de charge, mais un article de ce texte, conséquence des dispositions adoptées à l'article 75 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2017. Nous nous penchons donc sur la situation que vous a léguée votre prédécesseur, madame la ministre, en utilisant cet article pour imposer, au mois de mars dernier, un règlement arbitral aux dentistes.

#### Chapitre IV

#### MODERNISER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### Article 44

- ① Les relations entre les caisses d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes autorisés à exercer en France et exerçant leur activité à titre libéral sont régies, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, par les dispositions du règlement arbitral approuvé en application de l'article 75 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, sous réserve des modifications suivantes :
- ② 1° Aux articles 3 et 4 et à l'annexe I du règlement, les mentions des années 2017, 2018, 2019, 2020 et 2021 sont remplacées, respectivement, par les mentions des années 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022 ;
- ③ 2° À l'article 2 du H de la même annexe I, les montants de référence et attendus calculés pour le déclenchement de la clause de sauvegarde prévue à l'article 3 sont remplacés par ceux figurant dans le tableau suivant :

À la suite de ce règlement, vous avez entendu le mécontentement des dentistes et, dans une volonté d'apaisement, vous avez convoqué une nouvelle négociation conventionnelle, en repoussant d'un an l'entrée en vigueur du règlement arbitral concernant l'application des plafonnements, la revalorisation tarifaire, la réévaluation des actes et, par voie de conséquence, le déclenchement de la clause de sauvegarde.

Que veulent les dentistes ? Ils vous l'ont dit, ils ne veulent pas que le règlement arbitral vienne de nouveau menacer l'équilibre économique de leur profession et, ainsi, réduire leur capacité à fournir des soins de qualité à la population.

Ils ne veulent pas que le règlement arbitral s'arrête à la seule revalorisation des consultations, en contrepartie du plafonnement du prix des prestations et à la mise en place d'une clause de sauvegarde. Ils veulent en finir avec les ajustements de circonstance. Ils veulent qu'une véritable discussion s'engage pour refondre un modèle qui n'a pas évolué depuis trente ans. Et ils veulent surtout qu'il soit tenu compte, dans le système de régulation et d'encadrement, des techniques innovantes et des enjeux de la prévention.

Dans ce dossier, où les relations devaient être renouvelées, nous pouvons saluer votre esprit de dialogue. D'ailleurs, vous avez écouté les dentistes, en donnant déjà, en vue de la négociation, des orientations très précises concernant la prévention bucco-dentaire.

Nous nous interrogeons toutefois sur le résultat des négociations, dans la mesure où ces dernières sont rouvertes dans un cadre de réflexion obsolète, au regard des progrès de

la science et des besoins de santé des Français, et, surtout, toujours sous la contrainte d'un éventuel nouveau règlement arbitral.

Les négociations sont en cours. La voie conventionnelle doit être privilégiée, vous l'avez dit. C'est pourquoi la procédure du règlement arbitral, qui a été imposée aux dentistes par votre prédécesseur, doit être supprimée. Celle-ci n'est jamais une bonne solution ; c'est l'échec de la négociation. Or vous tenez à la réussite de la négociation.

Aussi, il convient de supprimer l'article 75 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, que le Sénat n'avait d'ailleurs pas voté l'année dernière.

**M. le président.** L'amendement n° 267 rectifié, présenté par MM. Decool et Wattebled, n'est pas soutenu, non plus que l'amendement n° 201 rectifié, présenté par Mme Gatel, MM. Canevet et Janssens, Mme Imbert, MM. Longeot et Kern, Mme Sollogoub et M. L. Hervé.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 234 rectifié *bis* ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'an dernier, il est vrai – je l'ai dit lors de la discussion générale –, la commission des affaires sociales était tout à fait défavorable au règlement arbitral, car cela revenait à modifier les règles conventionnelles en cours de négociation.

La procédure arbitrale est en effet prévue pour être applicable, en cas de blocage des négociations, à l'élaboration d'une nouvelle convention et non à la mise en œuvre d'un avenant ponctuel.

Nous sommes aujourd'hui dans une situation différente, après la fronde des chirurgiens-dentistes face à ce qu'avait mis en place le gouvernement précédent.

Madame la ministre, vous vous êtes engagée à relancer les négociations et le dialogue avec les professions de santé. Pour autant, je crains qu'il ne soit trop tard pour supprimer purement et simplement ce règlement arbitral, dans la mesure où certaines de ses mesures, notamment celles qui sont relatives à la prise en charge des soins pour les personnes fragiles, sont déjà entrées en application.

Enfin, il n'a pas semblé pertinent à la commission de mettre en place un moratoire s'agissant des relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, alors même que tout devrait être fait pour restaurer la confiance et le dialogue dans les voies de droit commun.

Les professions de santé dentaire sont très attentives, madame la ministre, aux engagements que vous avez pu prendre. Pour notre part, nous serons attentifs à ce qu'ils soient tenus.

Une confiance avait été rompue entre votre prédécesseur et les professions de santé en général et les professions de santé dentaire en particulier. Nous sommes désormais dans une autre démarche, et nous saluons votre volonté de dialogue.

Par conséquent, la commission vous demande de bien vouloir retirer cet amendement, mon cher collègue ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pour les mêmes raisons, le Gouvernement vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur le sénateur ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** L'amendement n° 234 rectifié *bis* est-il maintenu, monsieur Morisset ?

**M. Jean-Marie Morisset.** Je veux bien retirer cet amendement, qui visait à démontrer que la procédure de règlement arbitral n'est pas une bonne procédure, comme j'aurai l'occasion de le dire dans le cadre de la présentation d'un autre amendement.

Je vous remercie, madame la ministre, d'avoir rouvert ces négociations, ce que les dentistes, me semble-t-il, ont apprécié. Vous leur avez montré que la discussion est préférable à une décision imposée par un arbitre. On ne peut être que d'accord avec votre démarche.

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

L'amendement n° 236 rectifié, présenté par MM. Morisset, Mouiller, D. Laurent et Leroux, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer l'année :

2018

par l'année :

2019

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

**M. Jean-Marie Morisset.** Vous l'avez compris, il s'agit d'un amendement de repli, puisqu'il est proposé que la mise en application de ce règlement arbitral soit reportée en 2019, pour donner du temps aux négociations. Je pense que votre position sera la même que précédemment.

Pour autant, je souhaite que la procédure du règlement arbitral soit bien précisée, madame la ministre. En effet, que risque-t-il de se passer ? Vous avez différé le règlement arbitral procédure, et les dentistes vont commencer les négociations. Mais si celles-ci n'aboutissent pas, vous introduirez, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, une disposition prévoyant que, à compter du 1<sup>er</sup> février 2019, un arbitre sera mis en place.

Il faut annoncer la procédure aux dentistes, pour éviter toute confusion.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur cet amendement, qui vise à reporter à 2019 l'application de l'ensemble du règlement arbitral.

Notre collègue Jean-Marie Morisset a bien expliqué les raisons pour lesquelles il demandait un tel report.

Je rappelle que les mesures relatives à la prise en charge des soins pour les personnes fragiles sont déjà entrées en application. Parallèlement, il convient en effet que les professions dentaires sachent où elles vont dans le cadre du report. Nous souhaitons donc connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La procédure que nous avons engagée aboutit à un report jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019 du règlement arbitral, ce qui donne du temps pour la négociation.

Par ailleurs, les orientations ont quelque peu changé par rapport aux négociations antérieures. La prévention occupe une plus grande place, et nous avons inclus de nouveaux sujets, notamment celui d'une filière de soins permettant un reste à charge zéro pour les soins indispensables.

À mon avis, il sera toujours temps de reparler de la disposition que vous proposez, monsieur le sénateur. Aujourd'hui, votre amendement me semble satisfait par la procédure engagée lorsque je suis arrivée au mois de juin dernier. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Monsieur Morisset, l'amendement n° 236 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Morisset.** J'entends bien votre réflexion, madame la ministre. Cet amendement ne vise pas à remettre en cause le système. Si cela se passe bien au 1<sup>er</sup> janvier 2019, tant mieux pour tout le monde ! C'est la raison pour laquelle je ne retire pas cet amendement. Les dentistes vont continuer les négociations. Si celles-ci n'aboutissent pas, vous lancerez, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, la procédure du règlement arbitral ; et le résultat sera identique.

Il s'agit simplement de donner, dans le cadre d'une relation apaisée, une marque de reconnaissance aux dentistes. Aussi, je maintiens mon amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 236 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 44.

*(L'article 44 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 44

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 237 rectifié est présenté par MM. Morisset, Mouiller et Revet.

L'amendement n° 264 rectifié est présenté par MM. Decool et Wattebled.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Jean-Marie Morisset, pour présenter l'amendement n° 237 rectifié.

**M. Jean-Marie Morisset.** Je poursuis la discussion en évoquant quelque chose, qui, je l'espère, n'aura pas lieu, à savoir la mise en place d'un nouveau règlement arbitral dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Si tel était le cas, il est prévu, à l'article 75 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, que le Sénat n'a pas voté l'année dernière, que l'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale.

Par cet amendement, il est proposé que l'arbitre soit désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

**M. le président.** L'amendement n° 264 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 237 rectifié ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'année dernière, nous nous sommes opposés au règlement arbitral parce qu'il intervenait dans le cadre d'une négociation en cours, en constituant une forme d'avenant à une convention.

Dans le cas qui nous occupe, la situation est différente. On le sait bien, lorsqu'il y a blocage, un règlement arbitral est nécessaire.

Il s'agit, par cet amendement, de modifier le mode de désignation de l'arbitre intervenant en cas de rupture conventionnelle. J'ai plusieurs réserves s'agissant d'une telle disposition.

En premier lieu, il me semble que cette question se situe à la marge du champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale et qu'elle mériterait d'être traitée dans le cadre d'un texte plus organisationnel. Il s'agit en effet de revoir les équilibres entre les différents acteurs de la négociation conventionnelle, qui peut aller bien au-delà de questions financières.

En second lieu, la rédaction proposée ne comprend pas de mécanisme de désignation en cas de désaccord entre l'assurance maladie et les organisations syndicales. La rédaction actuelle de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale précise que, en cas d'opposition, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Si je comprends le souhait de ne pas contourner les professionnels, il me semble cependant qu'il faut également pouvoir sortir d'une situation de blocage.

La commission a émis un avis de sagesse.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à cet amendement. En effet, la procédure actuelle a été éprouvée, et on sait qu'elle fonctionne.

**M. le président.** Monsieur Morisset, l'amendement n° 237 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Morisset.** Je le retire, monsieur le président.

S'il devait y avoir un nouveau règlement arbitral, il y aurait un nouvel article, et nous aurions alors l'occasion d'en discuter !

**M. le président.** L'amendement n° 237 rectifié est retiré.

Les amendements n°s 266 rectifié, 265 rectifié et 269 rectifié, présentés par MM. Decool et Wattebled, ne sont pas soutenus.

#### Article 44 bis (nouveau)

① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 162-1-21 ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-1-21. – Sans préjudice des articles L. 381-30-1, L. 432-1, L. 861-3 et L. 863-7-1, les bénéficiaires de l'assurance maternité et les bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue

durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les soins en relation avec l'affection concernée. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »

③ II. – L'article 83 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

④ 1° Les 1°, 2° et 5° du I sont abrogés ;

⑤ 2° Le II est complété par un 3° ainsi rédigé :

⑥ « 3° Avant le 31 mars 2018, aux fins de rendre le tiers payant généralisable, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le calendrier de mise en œuvre opérationnelle du tiers payant intégral et les prérequis techniques à cette mise en œuvre tant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire que sur celle prise en charge par les organismes complémentaires. Ce rapport est réalisé sur la base d'une concertation menée avec les caisses nationales d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie complémentaire, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés, l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et des représentants des éditeurs de logiciels de professionnels de santé. Cette concertation doit permettre de fixer le calendrier selon lequel le tiers payant intégral pourra être généralisable à tous les assurés dans des conditions techniques fiabilisées. Elle doit également identifier les publics prioritaires pour lesquels un accès effectif au tiers payant devrait être garanti, au-delà des patients déjà couverts obligatoirement. »

**M. le président.** La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

**Mme Corinne Féret.** Madame la ministre, vous avez indiqué que le tiers payant ne pourrait pas être généralisé à l'ensemble de la population dans le calendrier et les conditions fixés en raison de problèmes techniques. Ainsi, vous revenez sur une mesure phare permise par le gouvernement précédent dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé.

Pourquoi remettre en cause une réforme fondamentale pour nos concitoyens, qui s'applique déjà en partie ? Le rapport de l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sociales, sur lequel vous vous appuyez, est beaucoup plus nuancé que ce que vous avez dit.

On ne peut pas tirer si rapidement un trait sur un tel progrès social. Rappelons que le tiers payant s'adresse non pas aux personnes les plus démunies, mais essentiellement aux classes intermédiaires, dont les salaires sont un peu plus élevés. Ce n'est pas rien de ne plus avoir à avancer d'argent pour se soigner ! C'est même essentiel pour de nombreuses personnes et de nombreuses familles, dont les étudiants : un tiers d'entre eux déclarent renoncer à se soigner pour des raisons financières.

En substituant le terme « généralisable » à celui de « généralisé », c'est toute la dynamique que nous avons portée et qui fonctionne très bien auprès des pharmaciens que vous remettez en cause. Quelles conséquences cela aura-t-il sur la santé des Français ?

Sur cette question du tiers payant, bien que vous ayez promis une nouvelle concertation et qu'un rapport sera remis avant la fin du mois de mars prochain – cette précision est apportée à l'alinéa 6 de cet article –, je considère que ce texte va à l'encontre de l'idée qui est la mienne de l'intérêt général et de la solidarité.

**M. le président.** La parole est à M. Martin Lévrier, sur l'article.

**M. Martin Lévrier.** Madame la ministre, le rapport que vous avez demandé à l'IGAS témoigne de difficultés réelles à généraliser et rendre obligatoire le tiers payant pour les professionnels de santé.

Ainsi, la part relevant de l'assurance maladie obligatoire est considérée comme « globalement satisfaisante dans son fonctionnement technique ». Toutefois, on peut lire également que « la pratique du tiers payant intégral demeure complexe, de l'avis des professionnels rencontrés ». La conclusion du rapport est claire : il existe des « freins à la pratique immédiate du tiers payant. »

Par ailleurs, lorsqu'il est déjà obligatoire, le tiers payant n'est pas forcément effectif. En octobre 2016, il était mis en place pour près de 74 % des patients atteints d'une affection de longue durée, une ALD, et pour 64,5 % des femmes enceintes, selon la direction générale de la santé.

On est donc très attentif au déploiement de cet outil, mais dans une logique d'appropriation par les médecins, conformément à la volonté de ne pas aggraver leur charge administrative. En tant que patient potentiel, je préfère que le médecin s'occupe de moi pour ce qui concerne la prise en charge médicale plutôt qu'administrative !

**M. le président.** L'amendement n° 328, présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement s'inscrit dans le cadre de l'excellente argumentation développée par notre collègue Corinne Féret.

Madame la ministre, je l'ai dit au cours de la discussion générale, vous avez tort d'abandonner le caractère obligatoire de la mise en place du tiers payant.

Comme vous pouvez le constater, après ces cinq jours de débat, le groupe socialiste et républicain n'a pas changé d'avis. Non pas que nous considérons votre argumentation comme indigne, nous ne nions pas les difficultés techniques. L'intérêt d'une mise en place simultanée du tiers payant pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire est également un argument recevable. Cela correspond d'ailleurs à la position initiale de Marisol Touraine. De même, la volonté d'identifier les publics prioritaires – il en existe déjà –, dans le cadre d'une mise en place progressive, aurait pu faire l'objet d'un point de vue partagé.

Toutefois, nous sommes toujours opposés, j'y insiste, à l'abandon du caractère obligatoire.

Dans le contexte si souvent évoqué depuis lundi dernier des difficultés d'accès aux soins, le signal qui aurait été adressé aux populations aux revenus modestes – pour les plus précaires, il existe déjà des dispositifs –, aurait eu valeur de

progrès social et non pas de simple symbole. Nous sommes donc en désaccord s'agissant de la substitution du caractère « généralisable » à celui de « généralisé », alors même, je l'ai déjà souligné, que la mise en place de la mesure aurait pu se faire dans un climat apaisé avec les médecins. En effet, les textes ne prévoyaient pas de sanction, ce qui constituait un signe de modération. Cela aurait au moins montré une volonté clairement affirmée.

Peut-être, madame la ministre, allez-vous me dire qu'elle l'est encore. Mais elle est beaucoup plus faible, ce que nous regrettons. D'où cet amendement de suppression de l'article 44 *bis*.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission s'était opposée à la généralisation du tiers payant lors de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé. Cette mesure, qui avait fait l'objet de vives discussions, justifiait en partie notre opposition au texte.

L'IGAS a confirmé que la mise en place du tiers payant obligatoire au 30 novembre 2017 était « irréaliste ». Pour notre part, nous avons toujours souligné la complexité, pour les médecins, d'appliquer ce tiers payant, eu égard au nombre d'organismes complémentaires. Les médecins doivent, en effet, se concentrer sur le soin.

Nous sommes en revanche toujours très favorables – et nous l'avons toujours été! – aux dispositifs permettant d'élargir la couverture santé aux publics fragiles.

La commission salue donc la décision qui a été prise par la ministre et émet un avis défavorable sur cet amendement de suppression de l'article 44 *bis*.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je répondrai un peu longuement sur cet amendement, afin de ne plus avoir à revenir sur la question du tiers payant.

En tant que ministre de la santé, je dois répondre à un double impératif : d'une part, favoriser l'accès aux soins, car il est insupportable que ceux-ci ne soient pas accessibles pour des raisons financières, et, d'autre part, rendre du temps médical au médecin – c'est une priorité, nous en avons discuté toute la journée. Il me faut donc faire coïncider ces deux objectifs.

Vous le savez, le rapport de l'IGAS, comme celui de la CNAM, montre que le tiers payant généralisé au 1<sup>er</sup> décembre n'était pas réalisable techniquement. J'ai donc pris une décision pragmatique, qui s'imposait, à savoir le report de cette date, en proposant, surtout, une autre façon de travailler qui permette de répondre aux deux objectifs que je viens d'évoquer.

Je veux bien qu'on rende le tiers payant « généralisé ». Nous sommes tous d'accord pour reconnaître que certaines populations n'accèdent pas aujourd'hui aux soins parce qu'elles n'ont pas envie de faire des avances de frais. Mais les gens comme nous, dans cet hémicycle, n'avons pas besoin du tiers payant généralisé pour accéder aux soins.

Par conséquent, dans le cadre d'une généralisation, il faut faire en sorte que les gens qui en ont besoin accèdent au tiers payant. Or je rappelle que, d'ores et déjà, le tiers payant généralisé existe et est obligatoire pour toutes les personnes les plus précaires, c'est-à-dire les personnes qui bénéficient de la CMU-C, la couverture maladie universelle complémentaire ; cela concerne donc les plus pauvres des Français. Il est

également opérationnel pour toutes les personnes prises en charge à 100 %, qui souffrent d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique, soit près de 11 millions de personnes.

Aujourd'hui, les patients qui ne peuvent pas accéder au tiers payant généralisé sont ceux qui ont une complémentaire santé, en raison de la difficulté technique d'accéder à 250 complémentaires différentes, avec des niveaux de contrats très hétérogènes.

Vous donnez les pharmaciens en exemple. Ce faisant, vous étayez, en quelque sorte, mon argumentation. En effet, le tiers payant n'a jamais été obligatoire pour ce qui concerne les médicaments vendus dans les pharmacies. Simplement, il s'agissait dans ce cadre d'une procédure tellement simple qu'elle s'est imposée d'elle-même, les complémentaires santé n'ayant qu'à compenser le coût du médicament.

En revanche, pour ce qui concerne les consultations des médecins, les complémentaires santé offrent une multitude de contrats différents. Outre le fait qu'il existe 250 complémentaires santé, comme je l'ai souligné, le niveau de remboursement peut évoluer d'une année sur l'autre, en fonction du statut de la personne, si elle change d'entreprise, par exemple. Tout cela est horriblement compliqué.

En outre, les pharmaciens sont des entrepreneurs, qui ont pu embaucher, pour faire, en *back-office*, le travail de papeterie, des concentrateurs, que ne peuvent pas se payer la plupart des médecins libéraux. Par conséquent, le passage au tiers payant est, techniquement, beaucoup plus complexe pour les médecins.

Il faut donc nous laisser le temps de travailler avec les organismes complémentaires pour trouver des solutions techniques.

J'ajoute que je souhaite m'engager en faveur des Français pour lesquels la situation est difficile, en identifiant les populations qui devraient bénéficier du tiers payant obligatoire. Vous avez évoqué les étudiants. Nous avons déjà travaillé sur certaines populations, et la situation est juridiquement complexe. J'ai promis de rendre un rapport au Parlement le 31 mars prochain, pour identifier les populations de Français qui n'accèdent pas aux soins pour des raisons financières.

Somme toute, il serait indécent de penser que 100 % des Français ont besoin aujourd'hui du tiers payant généralisé. Ce n'est pas vrai, nous n'en avons pas besoin, nous pouvons avancer 25 euros pour une consultation. Je mène donc une action pragmatique en la matière.

Pour ce qui concerne les étudiants, il y a un vrai sujet : ils sont aujourd'hui très pauvres et ont beaucoup de difficultés à accéder aux soins. Dans le plan Étudiants présenté par ma collègue Frédérique Vidal, un volet entier est dédié à la santé des étudiants. Nous mettrons en place, au sein des universités, des centres de santé, en modifiant les statuts et les missions des SUMPPS, les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Ces centres pourront ainsi rédiger des prescriptions et offrir des consultations de spécialistes, notamment d'ophtalmologie et de gynécologie. Nous nous adressons là spécifiquement aux étudiants ; il s'agit là d'un vrai sujet.

Nous sommes également en train d'identifier, dans le cadre du rapport qui sera remis le 31 mars prochain, les sous-populations ayant besoin du tiers payant. Toutefois, soyons raisonnables ! Certes, il faut rendre le tiers payant accessible à

la majorité des gens. Mais il convient également de ne pas obérer le temps du médecin, qui est vraiment précieux. Pour ce faire, le dispositif doit être techniquement simple, afin qu'il s'impose progressivement de lui-même. C'est tout l'enjeu de la réforme que je propose.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Je remercie Mme la ministre de ses propos, qui reflètent une vision pragmatique.

Les personnes en ALD, celles qui bénéficient de la CMU-C et les femmes enceintes ne rencontrent aucun problème avec le tiers payant. Pour les autres, il existe des difficultés techniques liées au remboursement des mutuelles. Pour le moment, le dispositif n'est pas opérant, même si l'on y passe un temps fou ! Je suis désolé, mais c'est ainsi dans la vraie vie.

Les patients pouvant faire l'avance des 25 euros de la consultation sont remboursés dans les huit jours si la télétransmission est quotidienne.

Permettez-moi de proposer quelque chose de très simple, qui pourrait sûrement être validé par tout le monde. Puisque certains patients, comme les étudiants, ne peuvent pas avancer 25 euros, pourquoi le médecin n'appliquerait-il pas le tiers payant, à la demande de ces patients ? Cela ne poserait aucun problème.

**M. le président.** La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

**Mme Michelle Meunier.** C'est encore une fois un rendez-vous manqué ! Si j'entends les arguments techniques, je conserve en mémoire d'autres difficultés, qui ont trouvé leur solution, tel le passage à l'euro. On nous avait dit que ce serait impossible techniquement, et cela a réussi. Donc, outre cet exemple, j'ai du mal à être convaincue par l'infaisabilité technique du tiers payant généralisé.

Pour ma part, je pense surtout aux patients, aux hommes et aux femmes qui ont besoin d'une consultation médicale. Or, j'en suis persuadée, le prix de la consultation a une incidence sur la décision de consulter.

Votre décision vient en contradiction avec la mise en place récente des consultations complexes, dont les tarifs varient. Par exemple, une jeune femme devra déboursier 46 euros dans le cadre d'une consultation pour avoir une contraception.

J'entends bien que la consultation est un peu plus compliquée et demande plus de temps : le médecin doit envisager la question dans son ensemble. Mais vous avez aussi dit, madame la ministre, qu'il n'était pas exclu que des consultations complexes, liées à des annonces difficiles, puissent faire l'objet de tarifications allant jusqu'à 80 euros. (*Mme la ministre le conteste.*) Je l'ai lu, en tout cas.

Pour en revenir à notre sujet, il est injuste qu'un tel dispositif puisse être mis en place pour certains, et pas pour d'autres. Certains médecins l'appliquent. Aujourd'hui, nous pouvons marquer le coup, et je voterai pour la suppression de cet article. (*M. Xavier Iacovelli applaudit.*)

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je suis absolument persuadée, comme vous, madame la sénatrice, que les tarifs des consultations peuvent être un frein – je ne le nie pas. C'est la raison pour laquelle je souhaite identifier des populations qui

rencontrent encore des freins financiers, sachant que les freins sont souvent les dépassements d'honoraires, davantage que les tarifs opposables et l'avance des 25 euros.

Je dois reconnaître à ma prédécesseur, Marisol Touraine, d'avoir beaucoup travaillé sur les dépassements d'honoraires et d'avoir proposé des mesures en faveur de la régulation de ces dépassements.

En revanche, concernant le tiers payant généralisé, son inscription dans la loi a malheureusement été une inscription idéologique. Elle s'est faite pour de bonnes raisons, que je comprends, mais rien n'a été préparé en amont. J'ai demandé, au sein de mon ministère, si des rapports préparatoires sur la faisabilité de la mesure existaient ; il n'y en a aucun. On peut toujours inscrire dans la loi que nous irons tous sur Mars au 1<sup>er</sup> décembre 2025. Mais si nous ne savons pas le faire, ce sera impossible !

Je reconnais, je le répète, le travail accompli sur les dépassements. Mais, s'agissant du tiers payant généralisé, rien n'a été préparé. Je suis donc malheureusement obligée de prendre une mesure pragmatique.

Je m'engage à ce qu'aucun Français ne rencontre de difficultés d'accès aux soins pour des raisons budgétaires. Vous pouvez imaginer combien je serai vigilante sur cette question.

Mais, sincèrement, vous ne pouvez pas, aujourd'hui, nous reprocher de revenir sur une mesure irréaliste, qui n'a pas été préparée par le gouvernement que vous souteniez. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Indépendants – République et Territoires et du groupe Les Républicains.*)

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

**Mme Catherine Procaccia.** Mme la ministre vient de le dire, la mesure qui avait été prise était purement d'affichage, et l'avait été sans aucune concertation.

Tout à l'heure, l'un de mes collègues a évoqué le problème des chirurgiens-dentistes. Peut-être la mesure dont nous débattons aurait-elle été techniquement faisable, avec le temps, si nous avions pu discuter. Mais pour un gouvernement qui parlait toujours de dialogue social et de concertation, cet épisode a donné la preuve que la concertation était inexistante.

En tout cas, madame la ministre, je vous félicite d'avoir permis non pas la remise en cause du tiers payant, mais le report de cette mesure. De toute façon, celle-ci n'aurait fait que des déçus, puisqu'elle était absolument irréalisable : les médecins n'étaient pas être prêts à gérer ces tâches, contrairement aux pharmaciens, comme vous l'avez dit.

Madame la ministre, vous avez évoqué les étudiants pauvres. Vous le savez, nous avons fait, au nom de la commission des affaires sociales, un rapport sur la santé des étudiants, et le Sénat a même voté une proposition de loi tendant à réformer le système de sécurité sociale des étudiants. À l'époque, le problème de l'accès aux soins des étudiants était déjà et avant tout apparu comme celui du délai d'obtention de la carte vitale, qui mettait parfois trois ou quatre mois à leur parvenir. C'est tout ce système qu'il faut remettre en cause, sachant qu'en réglant le problème de la carte vitale on peut déjà mettre en œuvre un certain nombre de solutions.

Un certain nombre de SUMPPS ont déjà pris le rôle de centres de soins. Malgré tout, ils ne seront jamais configurés pour recevoir 15 000 ou 25 000 étudiants.

Il faut bien, comme l'ont fait certaines universités – je pense, par exemple, à l'UPEC, l'Université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne –, organiser des sortes de partenariats avec des médecins libéraux.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Nous sommes là au cœur de la question : quel système de santé souhaitons-nous promouvoir ?

Je ne fais pas l'injure à Mme la ministre de penser qu'elle renonce au tiers payant. Je ne dis pas qu'elle est insensible ou inattentive au problème du renoncement aux soins. Que les choses soient claires !

Madame la ministre, lorsque vous vous engagez à ce qu'aucun Français ne renonce aux soins pour des raisons financières, je vous crois, je ne mets pas votre parole en doute. En revanche, les moyens que vous employez pour y parvenir ne me semblent pas être les bons. Pourquoi ?

Que vous tiriez les conséquences du fait que la généralisation du tiers payant n'avait pas été préparée, soit. Mais vous avez vous-même soulevé le problème en parlant, s'agissant des complémentaires, de contrats multiples et variés, qui compliquent les choses. Cela fait un moment que la question se pose : lorsque M. Macron était ministre, déjà – il le disait –, il voulait tout simplifier.

Mais la meilleure façon de simplifier, c'est la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale ! C'est pour cette raison que je dis que c'est notre conception du système de santé qui est en jeu. La prise en charge intégrale est possible ; et elle est possible dès 2017 !

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Non, pas en ce moment !

**Mme Laurence Cohen.** Je ne dis pas demain, en claquant des doigts. Mais il y a là une orientation politique différente de celles qui sont prises, et cela permettrait de régler le problème dont nous discutons. C'est ce que je veux souligner. Il me semble que c'est le point le plus important.

Depuis un moment – malheureusement, des années et des années même ! –, le système de protection sociale est attaqué par la fiscalisation et la substitution croissante du privé au public. Vous évoquez le renoncement aux soins de telle ou telle catégorie, et vous dites que vous allez tenter de faire quelque chose. Attention, poursuivez-vous, telle autre catégorie, les étudiants, par exemple, est également concernée, et vous voulez faire autre chose. Mais tout cela, c'est du bricolage !

Enfin, madame la ministre, puisque vous tenez compte des problèmes rencontrés par les médecins libéraux eu égard à la complexité du tiers payant, en termes de paperasserie notamment – je peux entendre cet argument –, je vous encourage à aider également les centres de santé : le coût de gestion des dossiers de tiers payant est à leur charge. Faites quelque chose !

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** C'est une mesure de bon sens, madame la ministre. Lorsque la CMU, la couverture maladie universelle, a été mise en place – j'exerçais encore

à cette époque –, le système de remboursement était très complexe, les vérifications se faisant sur le site Ameli. La généralisation compliquerait vraiment tout.

Vous avez raison : le tiers payant doit être généralisable ; lorsqu'il sera généralisable, tout le monde l'utilisera, ...

**M. Yves Daudigny.** Autant dire dès maintenant qu'il doit être généralisé !

**M. René-Paul Savary.** ... et il ne sera plus nécessaire de le rendre obligatoire.

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

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Madame la ministre, nous ne sommes pas en désaccord sur tout. Je l'ai indiqué, nous ne réfutons pas tous les arguments que vous avez avancés. Là où nous ne sommes pas en phase, c'est sur la définition de l'objectif.

Vous écrivez, à l'article 44 *bis* : « Cette concertation doit permettre de fixer le calendrier selon lequel le tiers payant intégral pourra être généralisable à tous les assurés. » L'accord se serait fait si vous aviez mentionné « selon lequel le tiers payant intégral pourra être généralisé à tous les assurés ». Vous auriez même pu écrire, de façon plus nuancée : « pourra progressivement être généralisé. » C'est l'utilisation du mot « généralisable », et le symbole qu'il représente, qui motive notre désaccord.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je veux réagir à certaines expressions utilisées au cours de cette discussion.

Il y a ici, dans cet hémicycle, quelques médecins, qui ont exercé ; lorsqu'ils recevaient des patients en difficulté financière, ils n'exigeaient pas d'eux un paiement immédiat. Nous sommes aussi des hommes et des femmes ; nous savions nous rendre compte que certains patients avaient besoin de soins, mais n'avaient pas les moyens de payer. Nous attendions qu'ils aient les moyens de nous payer, c'est-à-dire qu'ils soient remboursés – nous l'avons tous fait.

Exiger la généralisation du tiers payant, c'est suspecter les médecins de ne pas être avant tout des hommes et des femmes capables de comprendre les situations particulières que rencontrent certains de leurs patients. C'est un peu outrageant pour eux ! Je parle là des médecins en secteur 1.

Pour ce qui est du secteur 2 et des dépassements d'honoraires, des mesures ont été prises par le gouvernement précédent – je pense en particulier au contrat d'accès aux soins. Il a été interdit aux mutuelles de rembourser les médecins conventionnés secteur 2 qui pratiquaient des tarifs plus de deux fois supérieurs au tarif opposable.

Résultat de ce dispositif : les médecins qui exerçaient en secteur 2 sans dépasser ce seuil ont fixé leur tarif à deux fois le tarif opposable, les mutuelles ayant jusqu'à cette somme l'obligation de rembourser ; ceux qui étaient au-dessus y sont restés. Les patients de ces derniers, qui ne pouvaient pas être remboursés par les mutuelles, se sont rabattus sur les premiers, qui restaient dans la limite de deux fois le tarif opposable. Vous voyez le tableau, une médecine à deux vitesses s'est très vite installée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 328.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 137, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer les mots :

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

par les mots :

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

La parole est à Mme le rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Amendement rédactionnel, monsieur le président.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 137.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 340, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 6, première phrase

Remplacer les mots :

de rendre le tiers payant généralisable

par les mots :

de généraliser le tiers payant intégral

La parole est à M. Bernard Jomier.

**M. Bernard Jomier.** J'ai suivi avec beaucoup d'attention ce débat ; nous n'allons pas le refaire.

Cet amendement vise à lever une ambiguïté que mon collègue Yves Daudigny a soulevée : dans la rédaction proposée, le terme « généralisable » induit un doute sur la volonté d'aboutir.

J'en donne acte à Mme la ministre, le caractère obligatoire – je m'excuse si mon propos heurte Yves Daudigny – n'est pas forcément la meilleure piste à suivre. Il vaut mieux un bon système généralisé – naturellement, il s'imposera – qu'une obligation mal vécue.

L'exemple des pharmaciens a été abondamment cité ; on pourrait citer également les spécialistes à actes techniques, qui pratiquent massivement la dispense intégrale de paiement. Il faut viser un système simple, à flux unique. Alors, madame la ministre, il n'y aura pas de perte de temps médical. Au contraire, il y aura gain de temps médical : le médecin se contentera d'introduire la carte vitale dans le lecteur, entraînant le paiement en quelques jours, sans aucune autre formalité.

Je souhaite donc, madame la ministre, que vous indiquiez très clairement que votre objectif est bien de généraliser le tiers payant intégral.

Par ailleurs, dans le dispositif que vous proposez, je m'interroge sur l'identification de populations prioritaires. Certaines d'entre elles sont déjà bénéficiaires de la CMU, et même de l'ACS, l'aide au paiement d'une complémentaire

santé. Mais *quid* de l'ensemble des personnes pour qui régler 25 euros représente une difficulté ? Il suffit de constater, après le 15 du mois, le nombre de patients qui font un chèque et demandent que nous l'encaissions le mois suivant pour comprendre l'ampleur du phénomène.

**M. René-Paul Savary.** Bien sûr !

**M. Bernard Jomier.** C'est très difficile à appréhender. Vous avez cité les étudiants pauvres, madame la ministre ; mais sont également concernés des familles, des jeunes, des vieux, des célibataires. Quel est le niveau pertinent de revenus ? On peut avoir 2 500 euros de revenus et payer une partie de la facture de sa grand-mère domiciliée en EHPAD.

Vous entrez là dans une logique technocratique, qui est incompréhensible, alors qu'il serait beaucoup plus simple de proposer à tout le monde le tiers payant, c'est-à-dire la généralisation, à caractère certes non obligatoire – dont acte ! –, d'un système simple, à flux unique. Alors, le tiers payant se diffusera.

On ne peut pas contester qu'aujourd'hui des personnes sont gênées dans l'accès aux soins, d'autant que, comme l'a rappelé ma collègue Michelle Meunier, le tarif est à 25 euros pour les consultations simples, mais que, pour certaines consultations, y compris en secteur 1, il dépasse les 50 euros.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Elles sont prises en charge à 100 % !

**M. Bernard Jomier.** Pour le moment, oui.

**M. le président.** Veuillez conclure, mon cher collègue !

**M. Bernard Jomier.** Mais je ne suis pas certain que cette situation continuera à prévaloir à l'issue des négociations conventionnelles.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Avis défavorable, monsieur le président.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Les consultations complexes qui ont été ajoutées dans la convention médicale de 2016 concernent presque exclusivement des maladies chroniques, comme la maladie d'Alzheimer. Les patients sont pris en charge à 100 % et bénéficient d'ores et déjà de l'AMO, l'assurance maladie obligatoire, et du tiers payant généralisé. Ils ne sont donc pas concernés.

L'avis du Gouvernement est défavorable.

**M. René-Paul Savary.** Très bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 340.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 339, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 6, troisième phrase

Remplacer le mot :

généralisable

par le mot :

généralisé

La parole est à M. Bernard Jomier.

**M. Bernard Jomier.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel. Mais je profiterai de mon temps de parole pour dire à Mme la ministre que sont maintenant instituées des consultations de prévention pour les jeunes femmes, ce qui est une très bonne chose. Je ne sais si elles seront prises en charge à 100 % – le texte ne le précise pas –, mais j'imagine que tel sera le cas.

Néanmoins, le coût du développement des actions de prévention sera-t-il, à l'avenir, pris en charge à 100 % ? Nul ne peut le dire aujourd'hui. L'avance actuelle est de 25 euros chez un médecin généraliste, elle est plus élevée chez un spécialiste. D'autres actes vont apparaître qui, nécessairement, ne seront pas pris en charge à 100 % et induiront des coûts difficiles à avancer pour les assurés sociaux.

J'observe enfin que ce débat sur la dispense d'avance de frais me rappelle un débat qui a eu lieu il y a une dizaine d'années sur le paiement à l'acte. On nous expliquait alors que le paiement à l'acte était l'alpha et l'oméga de la médecine libérale française.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Pas moi !

**M. Bernard Jomier.** Pas vous, bien sûr, madame la ministre, je le sais ! Mais nous avons quelques secondes pour faire un peu d'histoire.

Mettre en cause le paiement à l'acte, c'était porter atteinte à la liberté des praticiens. Les esprits ont évolué, et nous discutons tous aujourd'hui de la part des rémunérations forfaitaires, que de nombreux collègues, sur toutes les travées de cette assemblée, appellent désormais de leurs vœux.

Je peux vous dire, madame la ministre, que les arguments sont à peu près de même nature sur le tiers payant : une dispense d'avance de frais simple, qui ne fait pas perdre de temps, est un progrès social pour les assurés sociaux, et il faut clairement assumer d'aller au plus vite dans ce sens.

En commission des affaires sociales, nous avons interrogé le directeur de la CNAM sur le délai nécessaire. Nous avons compris que la mise en œuvre d'un tel dispositif prendrait un peu de temps. Une rédaction non ambiguë nous aurait rassurés et nous aurait permis d'avancer tous ensemble.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur cet amendement, qui, en définitive, n'est pas si rédactionnel que cela ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Avis défavorable, comme sur les amendements précédents.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 339.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 44 bis, modifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

*(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)*

**M. le président.** Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 25 :

Nombre de votants .....	342
Nombre de suffrages exprimés .....	341
Pour l'adoption .....	233
Contre .....	108

Le Sénat a adopté.

#### Article additionnel après l'article 44 bis

**M. le président.** L'amendement n° 498, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 44 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Ce rapport distingue les pathologies déclarées éliminées, les nouvelles pathologies qui pourraient les remplacer, et le nombre potentiel de fonctionnaires que ces mesures pourraient concerner.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Nous avons déjà présenté cet amendement ; la Haute Assemblée l'avait adopté, avant de rencontrer une opposition de l'Assemblée nationale.

Notre ancien collègue Jean-Pierre Bosino fut à l'initiative de cette proposition visant à réviser la liste des pathologies ouvrant droit au congé de longue durée pour les fonctionnaires.

Pour rappel, le congé de longue durée est accordé aux agents de la fonction publique pour cinq pathologies : la tuberculose, la poliomyélite, les affections cancéreuses, les maladies mentales et le déficit immunitaire grave et acquis ou SIDA.

Notre amendement tend à demander la remise d'un rapport, article 40 oblige, dont l'objet serait d'examiner s'il faut maintenir ces cinq pathologies dans la liste, élargir cette dernière, voire y substituer certaines maladies à d'autres.

En France, en 2014, 80 000 personnes étaient recensées atteintes de la sclérose en plaques. Il faudrait au moins ajouter la sclérose en plaques à ladite liste, afin que ceux qui en sont atteints puissent bénéficier du congé de longue durée. Une révision de cette liste, dont je rappelle qu'elle date de 1984, est donc nécessaire. Il serait important que nous puissions savoir où nous en sommes aujourd'hui, comment la situation a évolué, pour mieux répondre aux besoins de la population.

Vous le savez, en plus de trente ans, de nouvelles pathologies sont apparues, d'autres ont disparu, ce qui est tout à fait positif ; il faudrait donc en tirer les conséquences.

Mme Touraine, ministre de la santé du gouvernement précédent, nous avait demandé d'attendre les conclusions des travaux des organisations syndicales sur la santé et la sécurité au travail. Ces travaux devaient aboutir à la révision de la liste. Or nous n'avons jamais reçu d'informations sur leur résultat. Madame la ministre, il vous est évidemment compliqué de nous en donner. Mais nous voudrions au moins savoir si des travaux ont bel et bien été menés en la matière, et, le cas échéant, si, à un moment donné, nous pouvons espérer en connaître les conclusions. À défaut, de tels travaux pourraient-ils être engagés afin de nous donner satisfaction sur ce point ?

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Les trois fonctions publiques, et non la seule fonction publique hospitalière, sont visées. Il y va donc du statut de la fonction publique, objet assez éloigné du domaine du PLFSS.

À nos yeux, l'examen régulier des pathologies ouvrant droit au congé de longue durée devrait découler de la bonne gestion de l'administration. Nous ne sommes donc pas favorables à une demande de rapport sur ce thème.

Par conséquent, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La véritable question posée, plutôt que celle de la remise d'un rapport, nous semble être celle du statut de la fonction publique et des congés de longue maladie des fonctionnaires.

Le chantier de réforme des instances médicales de la fonction publique est engagé ; il est inscrit à l'agenda social 2017-2018 fixé par le ministre chargé de la fonction publique, Gérald Darmanin. Ce chantier nous donnera l'opportunité de remettre à plat les règles de gestion des divers congés de maladie des agents publics, pour la sclérose en plaques comme pour d'autres pathologies – vous avez raison, madame la sénatrice : certaines sont aujourd'hui mieux traitées que d'autres.

Une telle remise à plat permettra de faire évoluer cette liste et ces congés en cohérence avec les avancées thérapeutiques. C'est d'ailleurs ce que vous suggérez, madame Cohen.

Pour cette raison, et parce que votre amendement me semble être un cavalier législatif, qui n'a pas vraiment sa place ici, je vous demande, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable. Je préfère que ce sujet soit discuté dans le cadre de l'agenda social, dont les négociations débutent en ce moment même avec Gérald Darmanin.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 498 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Dès lors que nous pouvons espérer que cette question soit placée au cœur de l'agenda social, nous le retirons, monsieur le président, tout en restant vigilants.

**M. le président.** L'amendement n° 498 est retiré.

#### Article 44 ter (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité.

Ce rapport porte notamment sur les restes à charge en santé liés au handicap, le niveau des avances de frais et le renoncement aux soins pour motif financier, afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités sociales d'accès à la santé pour les personnes fragiles.

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

Première phrase

Supprimer le mot :

financier

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** L'article 44 *ter* prévoit la remise d'un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité.

Mon amendement vise à supprimer le terme « financier », afin d'élargir le champ du rapport à l'accès aux soins en général. Certes, il existe des rapports récents, mais ils se fondent sur des données qui datent généralement de 2012. Quitte à demander la rédaction d'un rapport, s'il doit être remis – avec beaucoup de « si » ! –, autant lui donner une dimension plus globale.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Avis favorable.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 175 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 44 *ter*, modifié.

(L'article 44 *ter* est adopté.)

#### Article additionnel après l'article 44 ter

**M. le président.** L'amendement n° 545 rectifié, présenté par MM. Jomier, Antiste, Cabanel, Courteau, Féraud, Iacovelli, Jeansannetas, Temal et Tissot et Mmes Ghali, Grelet-Certennais, Féret, Lepage, Lienemann, Lubin, Meunier, Rossignol et Taillé-Polian, est ainsi libellé :

Après l'article 44 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

**M. Bernard Jomier.** Cet amendement a pour objet l'intégration du dispositif de l'aide médicale de l'État, l'AME, dans l'assurance maladie.

Ce problème recoupe celui de l'accès aux soins : de nombreuses études ont démontré que le dispositif de l'aide médicale de l'État n'était pas suffisamment efficient pour garantir un bon accès aux soins, que les ruptures étaient multiples dans les parcours de soins.

De fait, l'Inspection générale des affaires sociales a préconisé, il y a déjà un certain temps, la fusion des deux dispositifs. Elle a d'ailleurs été suivie, sur ce sujet, par l'Inspection générale des finances, pour des raisons cette fois économiques, cette dernière estimant que la fusion des deux dispositifs était de nature à engendrer des économies d'échelle – bien qu'une telle perspective ne soit pas au cœur de mon amendement, il faut le noter.

Le Défenseur des droits, pour des raisons d'accès aux soins des populations précaires, a également préconisé cette fusion. Enfin, très récemment, l'Académie nationale de médecine, dans son rapport rendu le 20 juin dernier, a pris la même position, afin de remédier aux ruptures dans les parcours de soins et à une prise en charge défailante.

Je ne vous invite pas à mettre en œuvre *ex abrupto* une telle mesure. Mais reportons-nous aux débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale : la commission des affaires sociales avait préconisé à l'unanimité la fusion des deux dispositifs, avant de retirer sa proposition en séance publique.

Je souhaite simplement que nous soit présenté un rapport complet – j'ai bien noté qu'une demande de rapport sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap avait, à juste titre, été acceptée – sur les avantages et les inconvénients d'une fusion des deux dispositifs, avec une évaluation des effets attendus en termes de coûts évités et d'amélioration du parcours de soins des personnes concernées.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission juge important de maintenir la spécificité de l'AME.

Le rapprochement de cette prestation sociale, qui est destinée aux personnes en situation irrégulière, impliquerait de revoir l'un des principes sur lesquels est bâti le droit de la sécurité sociale. Cela conférerait à cette dernière une universalité inédite, par l'attribution du statut d'assuré social aux étrangers en situation irrégulière, alors même que la régularité du séjour constitue le discriminant entre assuré social et bénéficiaire de l'AME.

En revanche, il est vrai qu'il faut peut-être améliorer en profondeur le pilotage des relations financières entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, au titre des prises en charge de l'AME.

La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amendement à deux objets bien distincts : la couverture maladie des plus précaires et l'intégration de l'AME dans l'assurance maladie.

Vous le savez, l'accès effectif aux droits des personnes les plus précaires est une priorité du Gouvernement. C'est pourquoi j'avais émis un avis de sagesse sur l'amendement présenté non seulement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mais également par les députés des groupes Nouvelle Gauche et Les Constructifs, tendant à la remise dans un délai de six mois d'un rapport sur l'accès financier aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Cela concerne les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, ou CMU-C, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, l'ACS, de l'AME, ainsi que les publics des permanences d'accès aux soins de santé, les PASS.

Cet amendement ayant été adopté – le rapport est donc désormais prévu par l'article 44 *ter* du projet de loi de financement de la sécurité sociale –, la première partie de votre amendement me semble satisfaisante.

En revanche, je suis extrêmement réservée sur l'intégration des bénéficiaires de l'AME à l'assurance maladie. Je souhaite que nous réfléchissions bien aux implications d'une telle évolution. Ainsi que Mme la rapporteur l'a souligné, l'AME et l'assurance maladie relèvent de deux logiques différentes.

Je suis extrêmement attachée à l'AME, qui a pour objet de soigner des personnes démunies en situation irrégulière vivant sur le territoire. Elle relève, à ce titre, de l'action sociale et humanitaire financée par l'État. De plus, le panier de soins remboursés par l'AME diffère un peu du panier de soins de la sécurité sociale. Il ne donne pas accès, par exemple, aux cures thermales, ce qui paraît judicieux en quelque sorte.

**M. René-Paul Savary.** Cohérent !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Oui, c'est cohérent !

**M. Gérard Dériot, rapporteur.** C'est normal !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Notre système de sécurité sociale, lui, est fondé sur les contributions obligatoires des assurés en contrepartie d'une couverture universelle face aux aléas de santé.

Le rapport demandé par les auteurs de l'amendement devrait examiner la fin de cette distinction primordiale. Je pense que les implications pourraient en être lourdes. On peut craindre qu'une telle évolution n'aboutisse à l'effet contraire à celui qui est recherché, en alimentant des fantasmes et des crispations bien connus de l'autre côté de l'hémicycle et en affaiblissant l'adhésion à notre système de protection sociale.

Le Gouvernement est donc très réservé sur une telle initiative. Aussi, je suggère au Sénat de ne pas adopter cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

**M. Bernard Jomier.** Je prends acte de la réponse de Mme la ministre sur la première partie de mon amendement, dont j'avais bien noté qu'elle était effectivement satisfaite.

Je constate que les arguments qui me sont opposés sur la deuxième partie sont extérieurs à la logique de santé publique.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Mais non !

**M. Bernard Jomier.** Je ne dis pas qu'ils ne sont pas recevables ; je dis juste qu'ils sont extérieurs à la logique de santé publique.

Nous ne demandons pas que la mesure soit mise en œuvre. Nous souhaitons simplement, puisque Mme la ministre nous a indiqué que le sujet méritait réflexion, que l'on nous propose un cadre permettant de mener cette réflexion ensemble.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 545 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 45

- ① I. – Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, les prestations hospitalières mentionnées au 1° du même article L. 162-22-6 et les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 dudit code ne sont pas facturées à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. Les établissements transmettent à l'agence régionale de santé, à échéances régulières, leurs données d'activité et la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations.
- ② Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée au même article L. 174-2.
- ③ L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du présent I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée audit article L. 174-2.
- ④ L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des valorisations à venir.
- ⑤ II. – Le I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019.
- ⑥ III. – La dérogation prévue au I du présent article prend fin au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022 selon des modalités calendaires précisées par décret. – *(Adopté.)*

#### Article 46

L'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale est abrogé. – *(Adopté.)*

#### Article 47

À la fin du II de l'article 80 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, la date : « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date : « 1<sup>er</sup> octobre 2018 ».

**M. le président.** La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Madame la ministre, je souhaiterais vous alerter sur les conditions de mise en œuvre de la réforme des transports inter-établissements, qui cristallise le mécontentement de l'ensemble des acteurs hospitaliers ; nous les avons reçus.

Vous le savez, cette mesure, prévue par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, consiste à transférer la charge de cette dépense de l'assurance maladie aux établissements de santé, dans l'objet affiché de diminuer ce poste budgétaire par une responsabilisation des hôpitaux.

Il semble cependant que le chiffrage proposé par la CNAM pour la détermination de l'enveloppe financière correspondante ne fasse pas – c'est là un euphémisme ! – consensus : les acteurs hospitaliers la jugent très significativement insuffisante. Ils ont souligné le risque d'incitation au contournement des règles qui pourrait résulter de l'application de cette réforme insuffisamment concertée. Les hôpitaux pourraient en effet être encouragés, en cas de besoin de soins relevant d'un autre établissement, à recourir à des sorties plutôt qu'à des transferts, afin de continuer à faire prendre en charge les transports correspondants par l'assurance maladie.

Sans porter de jugement sur le fond de ces arguments, notre commission a estimé que les conditions n'étaient manifestement pas réunies pour l'application sereine de cette réforme.

De nombreux amendements avaient d'ailleurs été déposés sur ce sujet, ce qui témoigne d'une inquiétude forte et partagée. J'aurais moi-même souhaité reporter cette réforme au 1<sup>er</sup> octobre 2019, afin de permettre un approfondissement de la concertation. Malheureusement, les règles de recevabilité financière des amendements ne l'ont pas permis.

Madame la ministre, il m'a semblé important de relayer ces inquiétudes. Vous pourrez peut-être les apaiser en apportant des précisions sur les orientations que vous fixerez pour la détermination de l'enveloppe budgétaire qui sera transférée au budget des établissements de santé pour la prise en charge des transports inter-établissements.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 47.

*(L'article 47 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 47

**M. le président.** L'amendement n° 329, présenté par MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jamin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Depuis plusieurs années, le niveau des dépenses de soins de ville conduit à une mobilisation des mises en réserve des dépenses des établissements de santé. Les efforts d'efficience de ceux-ci sont ainsi absorbés par le dynamisme des dépenses de soins de ville. L'ONDAM exécuté se révèle éloigné de celui qui était initialement soumis à l'approbation du Parlement.

Comme l'a constaté la Cour des comptes dans un récent rapport, la progression toujours vive des dépenses de soins de ville rend nécessaire l'adoption de mécanismes de régulation propres aux dépenses de ce sous-objectif, mécanisme actuellement inexistant, à l'exception, nous le savons bien, des dépenses de médicaments. La Cour a ainsi réitéré sa recommandation d'instauration de dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuelle des dépenses de soins de ville.

Un tel mécanisme, s'il existait, permettrait de contenir l'accroissement des dépenses et de ne pas propager la tension de la maîtrise du sous-objectif soins de ville aux autres sous-objectifs.

Vous le comprendrez, cet amendement est un amendement d'appel, qui nous permettra d'entendre Mme la ministre sur le sujet.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission est sceptique quant à l'opposition qui est souvent faite entre les soins de ville et les soins hospitaliers. Ce n'est qu'en créant les conditions d'une plus forte coopération et d'une meilleure complémentarité entre ces deux pôles de notre système de santé que nous parviendrons à relever les défis de la maîtrise des dépenses.

Je ne suis pas certaine de la portée du dispositif proposé par M. Daudigny. En fait, un tel mécanisme est déjà prévu par l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, avec une formulation certes moins précise et moins directe.

La commission souhaite entendre les éclaircissements du Gouvernement sur la mise en œuvre des dispositions de l'article et connaître son avis.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Daudigny, le dispositif que vous appelez de vos vœux est justement celui qui est prévu par l'article du code de la sécurité sociale que vous souhaitez modifier. Les revalorisations de tarifs de soins de ville intervenant dans l'année peuvent être suspendues sur l'initiative du comité d'alerte.

Cet amendement étant couvert par le code de la sécurité sociale, j'en propose le retrait.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 329 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 329 est retiré.

L'amendement n° 341, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Milon.

**M. Alain Milon.** Tout d'abord, je voudrais vous adresser des excuses, madame la ministre.

Dans mes fonctions de président de commission, j'ai pour habitude d'être défavorable aux demandes de rapport. En tant que rapporteur du texte sur la santé défendu par Marisol Touraine, dans lequel plus de cinquante rapports étaient prévus, j'avais déclaré, sous forme de boutade, que, pour rédiger tous les rapports demandés, il faudrait nommer un ministre chargé des rapports ! (*Sourires.*) Or, aujourd'hui, il se trouve que, sur une question qui me tient particulièrement à cœur, je n'ai pas trouvé d'autre solution que de demander un rapport au Gouvernement ! (*Exclamations amusées.*)

En 2012, avec Jacky Le Menn, alors sénateur socialiste, nous avons remis, au nom de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, que présidait à l'époque M. Daudigny, un rapport sur la tarification à l'activité, la T2A. Nous avons conclu que celle-ci avait eu un effet inflationniste sur les budgets des hôpitaux et devait être réformée. Nous souhaitons également que le budget des hôpitaux soit composé d'une part de T2A, d'une part de budget global et d'une part de financement du parcours de soins. Mais le sujet n'est pas là.

Nous avons constaté que la santé devait rembourser les investissements immobiliers des hôpitaux. Cela ne nous avait pas semblé normal. Nous avons alors songé à nous inspirer de l'éducation nationale. Je le rappelle, les enseignants travaillent à l'intérieur de locaux qui ne sont pas financés par cette dernière : ce sont les communes, les départements, les régions et l'État qui financent respectivement les écoles primaires, les collèges, les lycées et les universités. Nous avons ainsi envisagé la mise en place d'une banque d'investissement sanitaire qui prendrait en charge les investissements immobiliers des hôpitaux, afin de retirer ces remboursements à la santé.

Je ne peux évidemment pas déposer un amendement tendant à créer une telle banque d'investissement ; cela m'est interdit par la Constitution. Je demande donc simplement qu'une commission soit chargée de remettre un rapport sur la possibilité d'instituer une telle structure.

**M. René-Paul Savary.** Très bien !

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Au cours de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale successifs, la commission s'est régulièrement interrogée sur le mode de gestion et de fonctionnement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP.

Je souligne d'ailleurs que les rapports d'activité de ce fonds ne sont plus disponibles en ligne; ce n'est pas de nature à nous éclairer.

Les professionnels que nous avons rencontrés lors des auditions ont mis l'accent sur l'investissement courant plutôt que sur l'investissement immobilier. Selon eux, et ils ont sûrement raison, les modes de financement des établissements de santé ne permettraient plus de dégager les marges de manœuvre suffisantes pour financer, par exemple, le renouvellement des équipements techniques.

Par conséquent, et bien que notre commission s'oppose souvent aux demandes de rapport, nous avons émis un avis favorable sur cet amendement. Bien entendu, cela tient à l'intérêt du sujet, et non au fait que l'auteur de cet amendement soit également président de notre commission. *(Marques d'ironie sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.)*

**M. René-Paul Savary.** Quoi que... *(Sourires.)*

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Les établissements de santé publics ont un accès à l'emprunt bancaire pour le financement de leur investissement.

Comme vous le savez, le ministère de la santé suit attentivement les conditions du financement des investissements hospitaliers. Ils sont souvent accompagnés pour cela par l'Agence française de développement et la Banque publique d'investissement.

La mise en place d'un établissement dédié à l'investissement immobilier des hôpitaux ne nous paraît pas nécessaire. Cependant, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

**M. Bernard Jomier.** Pour ma part, je voterai cet amendement. M. Milon soulève une véritable question, certes dans le cadre d'une demande de rapport, mais c'est nécessaire et même indispensable.

Je ne suis pas certain que nous partagerons les mêmes solutions. Mais je pense que c'est possible. Nous nous rejoignons déjà sur le constat : les hôpitaux n'ont plus les capacités de financer ne serait-ce que l'entretien courant de leur parc immobilier. Et les investissements rendus nécessaires par la transition énergétique, dont j'ai déjà eu l'occasion de parler à cette tribune, sont totalement hors de leurs moyens.

La question immobilière est l'une des questions centrales. Elle soulève par ailleurs le problème de l'affectation des ressources de la solidarité nationale et de la santé vers des budgets qui ne sont pas directement liés à l'activité de santé.

Il est vrai qu'il peut y avoir des risques; j'ai bien entendu les propos de M. le président de la commission des affaires sociales. Il ne s'agit évidemment pas de créer un établissement ayant un but lucratif ou susceptible de dériver en transférant au privé la mainmise sur des fonctions liées à l'activité hospitalière; nous sommes tous d'accord sur ce point. Cela ressurgira nécessairement pendant les débats.

Mais je souscris à cet amendement; la piste de réflexion proposée est tout à fait intelligente.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 341.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 47.

#### Article 48

- ① I. – Aux premier et second alinéas du 3° du I de l'article 82 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, la référence: « L. 162-23-15 » est remplacée par la référence: « L. 162-23-16 ».
- ② II. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié:
  - ③ A. – Le III est ainsi modifié:
  - ④ 1° Au A et aux premier et deuxième alinéas du B, la date: « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date: « 1<sup>er</sup> janvier 2020 »;
  - ⑤ 2° Au dernier alinéa du C, l'année: « 2020 » est remplacée par l'année: « 2022 »;
  - ⑥ 3° Au deuxième alinéa du D, les mots: « est réduit chaque année et » sont supprimés;
  - ⑦ 4° Le E est ainsi modifié:
    - ⑧ a) Le 2° est ainsi modifié:
    - ⑨ – au premier alinéa, la date: « 28 février 2018 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2019 »;
    - ⑩ – après le mot: « sont », la fin du second alinéa du *a* est ainsi rédigée: « minorés à hauteur de la fraction mentionnée au premier alinéa du *b* du présent 2° dans des conditions définies par décret en Conseil d'État; »
    - ⑪ – la seconde phrase du premier alinéa du *b* est complétée par les mots: « , qui peuvent être différentes en fonction des catégories d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale »;
    - ⑫ – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé:
    - ⑬ « Le niveau des fractions prévues aux *a* et *b* du présent 2° peut être différencié par catégorie d'établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale; »
    - ⑭ b) Le 3° est ainsi modifié:
    - ⑮ – à la fin du *a*, la date: « 1<sup>er</sup> mars 2018 » est remplacée par la date: « 1<sup>er</sup> janvier 2020 »;
    - ⑯ – à la fin du *b*, les mots: « à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 » sont remplacés par les mots: « au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020 »;
    - ⑰ c) Le 6° est ainsi modifié:
    - ⑱ – au premier alinéa, la date: « 31 décembre 2018 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2019 » et, après le mot: « constitué », la fin est ainsi rédigée: « des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2° et 3° du présent E. »;
    - ⑲ – les *a* et *b* sont abrogés;
    - ⑳ 5° Au premier alinéa du F, la date: « 28 février 2018 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2019 »;
    - ㉑ B. – Aux V et VI, la date: « 28 février 2018 » est remplacée par la date: « 31 décembre 2019 ».

22 III. – Le troisième alinéa du *a* du 4° du A du II du présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2018 et est applicable pour le calcul des montants alloués aux établissements à compter de cette date.

**M. le président.** L'amendement n° 140, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Amendement rédactionnel.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 140.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 302 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché.

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

L'amendement n° 547 est présenté par M. Mouiller.

L'amendement n° 549 est présenté par M. Gilles.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 302 rectifié *bis*.

**M. Daniel Chasseing.** Cet amendement vise à instaurer une seule échelle tarifaire pour les établissements de soins de suite et de réadaptation, les SSR, dans le cadre du modèle de la transition de la réforme du financement SSR sur le volet « Dotation modulée à l'activité ».

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

Dès lors, et au regard de l'objectif de simplification du dispositif prévu à l'article 48 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, cet amendement a pour objet de fixer une échelle tarifaire unique pour l'ensemble des établissements SSR.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour présenter l'amendement n° 346 rectifié *bis*.

**Mme Élisabeth Doineau.** Cet amendement a été très bien défendu par notre collègue Daniel Chasseing.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 547.

**M. Philippe Mouiller.** Je ferai la même remarque que Mme Doineau : cet amendement a déjà été très bien défendu.

**M. le président.** L'amendement n° 549 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'article 48 prolonge de deux ans le dispositif transitoire prévu en 2017 pour assurer une mise en œuvre progressive des nouvelles modalités de financement des activités de soins de suite et de réadaptation.

Ces activités sont très hétérogènes, et les tarifs sont censés refléter des différences de coûts de prise en charge.

Tout en partageant les objectifs de la réforme du financement des SSR, la commission avait regretté l'absence d'évaluation de ses effets sur les établissements. Cela se reflète dans les interrogations actuelles de ces derniers.

La commission souhaiterait connaître l'avis du Gouvernement pour en savoir plus sur les orientations du Gouvernement sur le tarif unique.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous demandons à reporter de deux ans la mise en œuvre du schéma cible pour la réforme du financement des SSR, afin, justement, de nous donner le temps requis pour définir l'ensemble des règles futures de financement de l'activité.

Pendant cette période transitoire, il est nécessaire de ne pas modifier les fondamentaux des financements actuels, ce qui inclut les échelles tarifaires public-privé.

Nous sommes donc défavorables à ces trois amendements identiques.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 302 rectifié *bis*, 346 rectifié *bis* et 547.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas les amendements.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 48, modifié.

*(L'article 48 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 48

**M. le président.** L'amendement n° 422 rectifié, présenté par M. Antiste, Mme Conconne, M. Devinaz, Mme Ghali, M. Iacovelli, Mmes Jasmin, G. Jourda, Lepage et Liene-mann, M. Todeschini et Mmes Espagnac et Blondin, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Maurice Antiste.

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

Les coefficients géographiques appliqués dans les outre-mer par la sécurité sociale aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire des établissements de santé, bien que majorés par rapport à l'Hexagone – 26 % pour la Guadeloupe et la Martinique ; 31 % pour la Réunion et la Guyane –, ne compensent pas les charges pesant sur les hôpitaux.

C'est ainsi que, chaque fin d'année, une aide exceptionnelle en trésorerie est accordée *a posteriori* aux établissements de santé.

C'est la raison pour laquelle, en vue d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des outre-mer, cet amendement vise à préciser les critères sur lesquels reposent les coefficients géographiques.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je souhaite un retrait de cet amendement, monsieur le sénateur.

En effet, les surcoûts liés à l'insularité et l'éloignement géographiques sont d'ores et déjà intégrés dans le calcul du coefficient géographique. Cela inclut l'ensemble des éléments qui sont mis en avant, c'est-à-dire les surcoûts liés aux dépenses de personnel, à la cherté de la vie ou aux risques naturels.

En outre, il convient de souligner que les coefficients géographiques ont été réactualisés, notamment en mars 2017 pour la Corse, les Antilles et la Guyane.

Par conséquent, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement, faute de quoi l'avis serait défavorable.

**M. le président.** Monsieur Antiste, l'amendement n° 422 rectifié est-il maintenu ?

**M. Maurice Antiste.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 422 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 574, présenté par Mmes Lienemann et G. Jourda, M. Durain, Mme Taillé-Polian, MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est supprimée.

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Cet amendement portant article additionnel vise à supprimer la seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Nous refusons l'augmentation du forfait hospitalier qui nous est proposé. En 2018, celui-ci passera de dix-huit euros à vingt euros par jour, soit une recette de 200 millions d'euros. Une telle mesure posera de graves problèmes à nos concitoyens n'ayant pas de mutuelles – cela représente 5 % des Français – ou à ceux pour qui l'augmentation du coût de cette complémentaire représentera une charge trop importante.

Et que l'on ne vienne pas nous dire qu'il s'agit de s'aligner sur l'inflation ! Si l'évolution du forfait hospitalier avait été alignée sur l'inflation depuis sa création, il serait aujourd'hui à sept euros, et non à vingt euros.

En réalité, on fait peser sur les malades une charge qui allège les dépenses de la sécurité sociale. Or, je le rappelle, même pour ceux qui ont des complémentaires, les cotisations à l'assurance maladie sont liées aux ressources, alors que les complémentaires ne le sont pas.

Quitte à augmenter les recettes, autant choisir des prélèvements justes ! Et je ne parle même pas de tous ceux qui ne cotisent pas à la sécurité sociale, comme les détenteurs de *stock-options* !

Avec ces 200 millions d'euros, nous ne sommes pas loin de la somme du doublement des avantages fiscaux accordés aux actions gratuites. Or, pour la société française, il me semble aujourd'hui préférable d'alléger la charge du forfait hospitalier, qui pénalise les plus pauvres, plutôt que de donner des cadeaux aux cadres des multinationales !

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** L'amendement vise, sur la forme, à supprimer la référence à l'arrêté fixant les montants du forfait hospitalier, pour contester sur le fond – Mme Marie-Noëlle Lienemann l'a dit – la hausse de son montant, annoncée au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La commission a noté que le montant du forfait journalier n'avait pas été actualisé depuis plusieurs années. Certes, il y aura un impact réel sur les assurés, notamment peut-être sur les tarifs des complémentaires santé.

Pour autant, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; faute de quoi l'avis serait défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je tiens à le rappeler, le forfait hospitalier, qui correspond à la participation des patients aux frais d'hébergement lors de leur séjour à l'hôpital, n'a pas été revalorisé depuis 2010. Cette augmentation de deux euros correspond donc à l'inflation cumulée de 2010 à 2017, en incluant 2018 par anticipation.

Je précise également que la grande majorité des assurés sociaux n'auront pas à payer ce forfait journalier.

D'une part, pour certaines catégories de patients, le forfait hospitalier est totalement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Je pense aux femmes enceintes, aux nouveau-nés, aux victimes d'accidents du travail, aux pensionnés militaires, aux victimes d'actes de terrorisme ou

aux bénéficiaires de dispositifs spécifiques, comme la CMU-C. L'augmentation du forfait journalier sera donc sans effet pour ces publics.

D'autre part, 95 % des Français verront la hausse totale prise en charge par leur mutuelle. Il reste 5 % des Français qui n'adhèrent pas à une mutuelle. Mais tous les contrats de mutuelles couvrent le forfait journalier de manière illimitée. Il n'y aura donc pas de répercussion directe sur les patients.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Madame la ministre, nous connaissons bien cette thèse. Cela ressemble à ce que l'on nous dit à propos des aides personnalisées au logement, les APL.

Vous affirmez que l'augmentation du forfait hospitalier ne coûtera rien aux patients, puisque ce sont les mutuelles qui paieront. Mais, à la différence d'ailleurs des HLM, les mutuelles augmenteront leurs tarifs! Cela aura donc bien un effet sur nos concitoyens!

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Mais non!

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Mais si, monsieur Vanlerenberghe! J'ai eu l'occasion de rencontrer nos amis de la Mutualité française, et ils m'ont expliqué que, dans bien des cas, ils allaient augmenter leurs tarifs. (*M. le rapporteur général de la commission des affaires sociales s'exclame.*)

Je pense que la méthode choisie n'est pas la bonne. Le forfait hospitalier pèse déjà trop lourd pour un certain nombre de nos concitoyens hospitalisés.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** La discussion porte sur le fait de savoir si les mutuelles reporteront ou non la hausse du forfait journalier sur leurs tarifs.

D'abord, si elles le faisaient – nous avons effectué des calculs –, les tarifs augmenteraient de 0,5 %.

Mais, surtout, nous menons actuellement des négociations avec l'ensemble des complémentaires. Du fait de l'augmentation du nombre de patients en affection de longue durée, qui sont donc pris en charge à 100 %, la part des mutuelles dans les dépenses de santé ne fait que diminuer. Il est donc temps que celles-ci se repositionnent dans leur participation aux dépenses de santé. Ces questions, comme celle du reste à charge zéro, sont sur la table.

Pour l'instant, il n'y a aucun signe laissant à penser que la hausse du forfait serait répercutée sur les assurés sociaux.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame Lienemann, je vous invite à réfléchir sur les frais de gestion des mutuelles.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Très bien!

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** C'est d'ailleurs un sujet qui mériterait une réflexion du Sénat et de la commission des affaires sociales. Je sais que vous y êtes attachés. Entre 20 et 25 % des frais de gestion...

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Il n'y a qu'à les remettre à la sécurité sociale!

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** C'est peut-être une solution, madame Lienemann!

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Je suis pour!

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Vous avez sans doute lu comme moi l'excellent article du professeur Tabuteau, grand spécialiste de l'économie de la santé, et de Martin Hirsch, paru voilà quelques mois et qui préconisait cette solution. Non qu'il faille sauter à pieds joints sur cette proposition, mais cela mériterait, madame la ministre, une réflexion beaucoup plus complète. Les mutuelles demandent en effet quatre à cinq fois la cotisation de la sécurité sociale pour offrir une prestation aujourd'hui offerte à tout le monde.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Bien sûr!

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Si l'on réfléchit à l'économie générale du système, il est temps de revoir la place des mutuelles dans le financement de la sécurité sociale.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** À qui le dites-vous!

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

**M. Bernard Jomier.** Pour faire suite aux propos de M. le rapporteur général, l'assurance maladie sait être une complémentaire pour les patients qui bénéficient de la CMU-C. Il faudrait permettre à tous les assurés sociaux de pouvoir choisir l'assurance maladie comme organisme complémentaire. Ce serait là plus qu'un début de réponse.

Je m'abstiendrai de qualifier les évolutions, ces dernières années, du secteur mutualiste, mais celles-ci devraient nous inciter à agir assez rapidement en ce sens.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 574.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 226 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Guillaume, Mmes S. Robert, Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Liemann, Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2018, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la situation des établissements de soins de suite et de réadaptation très spécialisés, du point de vue de la dotation modulée à l'activité attribuée en 2017 et 2018.

Ce rapport présente les solutions budgétaires et tarifaires ainsi que les coefficients de spécialisation que le Gouvernement entend prendre en compte pour éviter que les charges notamment de fonctionnement des structures très spécialisées et les plus indispensables aux personnes handicapées ou présentant les pathologies ou polyopathologies les plus sévères et des soins de longues durées ne soient insuffisamment couvertes.

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cet amendement s'inscrit dans le droit fil de l'intervention de Mme la ministre s'agissant des services de suite et de réadaptation. Grâce à la tarification à l'activité, la T2A, un certain nombre de moyennes ont été établies pour définir les tarifs de prise en charge des activités des établissements.

À l'heure actuelle, une part des tarifs entre dans le budget des services de soins de suite et de réadaptation. Or il existe des différences considérables entre ces établissements selon les activités qu'ils pratiquent et, surtout, selon les méthodes qu'ils utilisent. La moyenne n'est pas une façon satisfaisante de répondre aux besoins. Au fond, cela revient à dire : « J'ai la tête dans le four et les pieds dans le frigo, et je suis en moyenne à l'aise » ! Cela ne signifie pas pour autant que votre tête et vos pieds vont bien ! (*Sourires.*)

Telle est la situation des services de suite spécialisés, ceux qui, notamment, traitent de l'obésité ou prennent en charge des réadaptations lourdes, pour des personnes qui sont complètement cassées et qu'il faut remettre sur pied le mieux possible. Tout cela n'est pas pris en compte, ce qui engendre des difficultés.

Les établissements de services de soins de suite et de réadaptation sont, pour une grande partie d'entre eux, assez bénéficiaires de l'opération, mais les autres rencontrent des difficultés.

J'ai entendu, madame la ministre, que vous aviez décidé de différer de deux ans la réforme – cela me convient parfaitement –, le temps d'engager une réflexion sur de nouvelles modalités, et, surtout, de prévoir une plus grande souplesse et une meilleure adaptation du dispositif à la diversité des établissements.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Comme je l'ai souligné lors de l'examen des amendements sur les SSR, une réflexion générale est souhaitable dans ce domaine. Cependant, selon nous, un rapport supplémentaire sur le sujet ne fera pas avancer cette question.

Un rapport est normalement déjà prévu par le code de la sécurité sociale sur le financement des établissements de santé, qui comporte un volet sur le financement des activités de SSR. La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Un rapport sur le financement des établissements de santé, transmis chaque année au Parlement, couvre l'ensemble des activités hospitalières, y compris les soins de suite et de réadaptation. L'amendement est donc satisfait.

Par ailleurs, un point d'étape sur l'avancement de la réforme du financement des SSR est réalisé chaque année. L'année prochaine, un bilan de la première année de mise en œuvre de cette réforme pourra être effectué et concernera l'ensemble des catégories d'établissements, y compris les soins de suite spécialisés.

Pour ces raisons, votre amendement est satisfait, monsieur le sénateur. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Monsieur Tourenne, l'amendement n° 226 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Louis Tourenne.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 226 rectifié est retiré.

## Article 49

① I. – Après l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1435-9-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1435-9-1.* – Par dérogation au *b* de l'article L. 1435-9 et à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, les crédits relevant du fonds d'intervention régional destinés au financement des dispositifs prévus au même article 48 et à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles peuvent être affectés par l'agence régionale de santé à tout autre dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes intéressant en tout ou partie les personnes âgées et handicapées. »

③ II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

④ 1° Le second alinéa de l'article L. 1432-5 est complété par les mots : « , ainsi que pour la gestion de tout crédit versé à l'agence et destiné à financer une action entrant dans le champ des missions définies au même article L. 1435-8 » ;

⑤ 2° Le 1° de l'article L. 1435-9 est ainsi modifié :

⑥ a) À la première phrase, les mots : « des ministres chargés de la santé, du budget, » sont remplacés par les mots : « du ministre chargé » et les mots : « des personnes âgées et des personnes handicapées » sont supprimés ;

⑦ b) (*nouveau*) La seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « Le montant de cette dotation prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les évolutions relatives aux conversions d'activité. Il peut être révisé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions réalisées en cours d'année ainsi que les transferts décidés en application de l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ; »

⑧ 3° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 1435-10 est ainsi rédigé :

⑨ « Les crédits des budgets annexes non consommés en fin d'exercice peuvent être reportés sur l'exercice suivant, dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les sommes notifiées par les agences régionales de santé au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par les crédits du fonds sont prescrites au 31 décembre du troisième exercice suivant celui de leur notification. Les crédits non consommés qui ne sont pas reportés sur l'exercice suivant et les crédits correspondant aux sommes notifiées prescrites sont pris en compte pour le calcul du montant des crédits attribués l'année suivante au titre du fonds d'intervention régional fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du présent article. »

**M. le président.** L'amendement n° 538, présenté par M. Ravier, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 304 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, D. Laurent, Lagourgue et Fouché.

L'amendement n° 345 rectifié est présenté par Mme Doineau, MM. Bonnecarrère, Détraigne et Kern, Mmes Joissains, Goy-Chavent et Férat, MM. Henno, Laugier, Canevet, Médevielle et Janssens, Mmes Sollogoub, Gatel et Guidez, M. L. Hervé, Mme Loisier, M. Moga, Mme de la Provôté et M. Delcros.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les dispositions financières du présent article concernant les décisions des agences régionales de santé et relatives à la fongibilité des financements des dispositifs d'appui à la coordination territoriale ainsi qu'aux règles de gestion du fonds d'intervention régional sont publiées au recueil des actes administratifs.

La parole est à Mme Colette Mélot, pour présenter l'amendement n° 304 rectifié *bis*.

**Mme Colette Mélot.** Cet amendement vise à rendre publiques les décisions des agences régionales de santé, les ARS, en matière d'attribution des fonds aux établissements de santé. Il s'agit donc d'accroître la transparence du financement de l'assurance maladie et de permettre un accès libre aux données d'attribution des fonds publics.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour présenter l'amendement n° 345 rectifié.

**Mme Élisabeth Doineau.** Il est défendu.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

La publicité de la gestion du FIR, le Fonds d'intervention régional, est assurée dans le cadre d'un rapport transmis au Parlement, prévu dans un article du code de la santé publique.

De surcroît, la mesure proposée ne fournirait qu'une information partielle dans la mesure où elle ne couvre pas l'intégralité des mesures relatives à la gestion du FIR. Pour autant, elle alourdirait considérablement la tâche des ARS, alors qu'il s'agit de mesures visant justement à apporter davantage de souplesse dans la gestion des crédits décloisonnés.

La commission demande le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Madame Mélot, l'amendement n° 304 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Colette Mélot.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 304 rectifié *bis* est retiré.

Madame Doineau, l'amendement n° 345 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Élisabeth Doineau.** Non, je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 345 rectifié est retiré.

La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur l'article.

**M. René-Paul Savary.** Concernant les FIR, je constate que, en cas d'excédents sur une année, c'est-à-dire de crédits non consommés, il est proposé de les mettre en déduction sur l'année suivante. Ce n'est pas la même démarche qui prévaut pour l'APA 2 pour ce qui concerne les départements. Il serait temps, madame la ministre, de mettre sur pied un article 40 pour les dépenses que le Gouvernement met au compte des départements !

Par ailleurs, il existe dorénavant une fongibilité des crédits FIR par rapport, notamment, à une réorganisation des services d'urgence. Ils peuvent être modifiés, à cheval sur la partie hospitalière, la médecine de ville, les premiers secours, etc.

Un rapport a été fait par Mme Cohen, Mme Génisson et moi-même. Je vous invite à le consulter, car il contient des propositions qui peuvent tout à fait aller dans ce sens.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 49.

(L'article 49 est adopté.)

#### Articles additionnels après l'article 49

**M. le président.** L'amendement n° 500, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L.6111-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L.6111-3-... ainsi rédigé :

« Art. L.6111-3-... – I. – Plus aucun service ou établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et de la conférence de santé du territoire, jusqu'à ce qu'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables soit garantie à la population concernée. La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et la conférence de santé du territoire et adressé au directeur de l'Agence régionale de santé qui en tire toutes conséquences utiles.

« II. – Le I n'est pas applicable aux services et établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'établissement.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le directeur de l'Agence régionale de santé fait application du I, ainsi que les voies de recours devant l'autorité administrative. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Nous débattons depuis plusieurs jours de la santé des Françaises et des Français, ainsi que de l'accès aux soins en maintenant et en développant une qualité et une offre de soins partout sur notre territoire.

Or, avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, les GHT, nous constatons des aggravations : des services et des hôpitaux se regroupent, mais d'autres ferment.

Notre proposition de moratoire sur les fermetures de services et d'établissements de santé ne présentant, bien évidemment, aucun risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels et des usagers est plus que jamais d'actualité.

Si nous demandons un moratoire, c'est que le constat est plus qu'alarmant : entre 1995 et 2005, près de 1 200 recompositions hospitalières ont eu lieu en France ; entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés, soit 15 % des capacités installées ; 380 établissements – 11 % des établissements existants en 1992 – ont été supprimés ou regroupés ; le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en pourcentage comme en volume.

Le nombre de maternités a, quant à lui, chuté de 60 % en trente ans, sans parler des conséquences que cela a entraîné sur les centres d'interruption volontaire de grossesse : en dix ans, ce sont 130 centres qui ont été fermés.

Dans mon département, une maternité de secteur 1, celle d'Ivry-sur-Seine, a été fermée au profit de celle de secteur 2 du Kremlin-Bicêtre. Nous n'opposons pas ces deux établissements ; nous pensons, au contraire, que les deux structures étaient nécessaires. Résultat, huit ans après, la maternité du Kremlin-Bicêtre est complètement saturée !

Je citerai un autre exemple : une mobilisation importante a lieu depuis des mois pour dénoncer le projet de construction du « grand hôpital Nord », à Saint-Ouen. Ce méga-hôpital induit la fermeture d'hôpitaux de proximité et de qualité : celui de Bichat dans le X<sup>e</sup> arrondissement de Paris et celui de Beaujon à Clichy. Au final, avec ce nouvel hôpital, 400 lits seront supprimés.

On pourrait multiplier les exemples dans tous les départements, comme le montre très bien la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité.

Selon nous, les motivations de ces fermetures sont avant tout d'ordre financier, tout comme l'est la création des GHT. D'où notre proposition.

Madame la ministre, vous avez lancé un grand plan pour lutter contre les déserts médicaux. Décréter un moratoire pourrait être l'une des réponses concrètes à ce problème.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Permettez-moi de prendre un peu de temps pour répondre.

Pardonnez-moi, madame Cohen, mais il s'agit d'un amendement démagogique. (*Mme Laurence Cohen s'exclame.*)

Voici les raisons pour lesquelles je me permets de vous dire cela. Quand on décide de fermer une maternité ou un hôpital de proximité, ce n'est pas pour des raisons financières, mais c'est pour des raisons de sécurité et de qualité des soins. Le maintien d'un plateau technique très peu utilisé, avec des praticiens qui ne pratiquent pas d'actes ou trop peu, n'est pas sans risques. Les seuils d'activité sur les actes interfèrent

énormément sur la qualité des résultats. La qualité des soins et la sécurité des patients ne sont pas au rendez-vous, nous le savons.

Ceux qui, aujourd'hui, réclament un hôpital de proximité, la non-fermeture d'un service d'urgence avec des médecins intérimaires, qui parfois ne parlent pas français, ou d'une maternité, ceux-là mêmes n'iront jamais se faire soigner dans ces établissements ou demanderont à leur fille de ne pas accoucher dans ces maternités !

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Très bien !

**M. René-Paul Savary.** Absolument !

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous devons aux patients français la même qualité de soins partout sur le territoire.

Il faut dire aux Français la vérité : il est absolument indigne de laisser ouverts des hôpitaux de proximité qui n'ont pas les bons plateaux techniques, qui ne disposent pas de praticiens formés et où aucun d'entre nous n'irait se faire soigner !

Il convient de faire de la pédagogie à l'égard de nos concitoyens : mieux vaut faire 50 kilomètres de plus pour accéder à un bon praticien, mieux vaut avoir recours à la télémédecine parfois pour bénéficier d'un bon avis, plutôt que d'atterrir dans un service inapproprié. Les établissements n'offrent pas à tous la même qualité de soins sur l'ensemble du territoire.

Je réaffirme par conséquent mon souhait de réorganiser l'offre de soins, ce qui peut passer par la fermeture de certains d'hôpitaux ou de certains services ; mais cela peut aussi passer par l'ouverture d'autres services, car certains secteurs manquent de lits – je pense notamment à la pédopsychiatrie. Je souhaite que l'on soit raisonnable. Je veux offrir à tous les patients français ce que je choisirais pour mon père, ma mère ou mes enfants ! (*Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Ce débat est très intéressant. J'adhère à 100 % aux arguments avancés par Mme la ministre sur la qualité des soins pour toutes et tous. Le problème, c'est que nous n'avons pas la même vision des choses : faire 50 kilomètres de plus pour bénéficier d'un établissement de qualité, c'est bien ! Mais encore faut-il en avoir !

Je pense aux maternités, madame la ministre : en zone montagneuse, 50 kilomètres c'est beaucoup ! On risque fort d'accoucher dans sa voiture ou dans un camion de pompiers.

J'ai cité l'exemple d'Ivry-sur-Seine ; cet établissement ne posait aucun problème de sécurité.

Nos propositions sont différentes des vôtres : elles passent par le maintien d'hôpitaux de proximité de qualité et par la possibilité que des praticiens puissent venir y exercer. Il peut exister des complémentarités entre un CHU et d'autres hôpitaux. Nous pouvons aussi avoir des réflexions innovantes.

Demandez aux femmes qui ont eu un accouchement non pathologique – c'est le cas la plupart du temps – et qui ont accouché dans ces maternités que l'on appelle des « usines à bébés » si elles sont satisfaites de la façon dont elles ont été prises en charge !

Il convient de réfléchir en prenant l'ensemble de ces paramètres en compte, pour mettre en place dans notre pays et sur tous les territoires un vrai tissu d'offre de soins. On parle depuis plusieurs jours des déserts médicaux. Ces derniers sont justement le résultat d'une concentration de moyens sur certains pôles, au détriment d'autres zones où il ne reste plus rien. Il faut donc réfléchir à cette question.

Je n'ai malheureusement pas de chiffres à ma disposition, mais toutes les études prouvent que les GHT, qui sont au départ créés pour faire des économies, sont souvent au final des gouffres d'argent !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 500.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 178 rectifié *ter*, présenté par M. Courtial, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, MM. Frassa, Cambon, Bonne et Charon, Mme Estrosi Sassone, M. Leroux, Mmes F. Gerbaud et Micouleau, MM. Bazin et Lefèvre, Mme Giudicelli, MM. Bas, Paul et Chatillon, Mme Keller, MM. Daubresse, Mandelli, Gremillet et Genest, Mme Bonfanti-Dossat et M. Longuet, n'est pas soutenu.

### Article 50

- ① Le titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi rédigée : « Toute autorisation est, totalement ou partiellement, réputée caduque si tout ou partie de l'activité de l'établissement ou du service n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;
- ③ 2° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ④ a) Le troisième alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour ces établissements et services, le contrat peut prévoir une modulation du tarif en fonction des objectifs d'activité mentionnés au deuxième alinéa du B, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑤ b) (*nouveau*) Le dernier alinéa du B est ainsi modifié :
- ⑥ – la première phrase est complétée par les mots : « et prévoit l'affectation des résultats d'exploitation par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État » ;
- ⑦ – la seconde phrase est supprimée ;
- ⑧ 3° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la première phrase, les mots : « services mentionnés au 6° du même I » sont remplacés par les mots : « établissements et services mentionnés au 6° du même I, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 » ;
- ⑩ b) Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12, il peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces

établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. » ;

- ⑪ c) (*nouveau*) Après la troisième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑫ 4° Le premier alinéa de l'article L. 314-6 est ainsi modifié :
- ⑬ a) La première phrase est complétée par les mots : « , à l'exception des conventions d'entreprise ou d'établissement applicables exclusivement au personnel d'établissements et services ayant conclu l'un des contrats mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 » ;
- ⑭ b) À la deuxième phrase, au début, les mots : « Ces conventions ou accords » sont remplacés par les mots : « Les conventions ou accords agréés » et, à la fin, les mots : « assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel ou une convention pluriannuelle mentionnée aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « et services ayant conclu un contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2 ».

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Mouiller, sur l'article.

**M. Philippe Mouiller.** Madame la ministre, je souhaite notamment mettre en avant le volet « handicap » pour les Français accueillis en Belgique.

J'ai eu l'occasion d'évoquer ce sujet dans la discussion générale. J'ai également déposé un amendement visant à mettre en place un fonds expérimental pour trouver une solution à ces situations extrêmement difficiles, mais il a été frappé par l'article 40 de la Constitution.

Cela fait plus de deux ans que le sujet est sur la table de façon très précise. À l'heure actuelle, seul un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros a été mis en place pour changer le financement de ces opérations.

Je citerai deux chiffres : 6 500 Français sont aujourd'hui accueillis en Belgique, dont environ 1 600 enfants ; le coût résiduel pour l'État et les départements est de l'ordre de 400 millions d'euros.

De nombreuses questions se posent. Certes, pour les départements frontaliers, la proximité avec la Belgique constitue une réponse. Néanmoins, les deux tiers des personnes aujourd'hui accueillies en Belgique viennent de départements éloignés, ce qui crée des situations dramatiques dans les familles, notamment pour les plus jeunes.

Globalement, il s'agit de situations extrêmement complexes d'accueil de polyhandicapés. Aujourd'hui, même si des mesures ont été mises en place au travers de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », nous sommes encore en panne dans l'organisation d'outils adaptés, non seulement pour tarir le flux des départs vers la Belgique, mais aussi pour faciliter le retour de nos concitoyens qui le souhaitent.

C'est un point important qui a beaucoup été évoqué par les associations du monde du handicap. Nous sommes tous conscients de la difficulté, mais, de manière très pragmatique, aucun outil n'a été réellement mis en place. D'où l'idée de

créer un fonds. Il importe que nous travaillions ensemble pour trouver rapidement des solutions à ces situations extrêmement dramatiques, qui sont intolérables pour notre pays.

**M. le président.** L'amendement n° 501, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** L'article 50 vise à généraliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, actuellement applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, à tous les établissements du secteur médico-social. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens s'inscrivent trop souvent dans une logique comptable.

Surtout, cet article franchit un cran supplémentaire, en permettant à ces contrats de déroger aux conventions collectives des salariés des EHPAD.

La suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail nous semble tout à fait incompréhensible. Je le sais, le Gouvernement justifie ce choix au motif que les conventions collectives entreraient en contradiction avec les CPOM, surtout avec leur logique de financement.

Alors que le secteur est déjà marqué par une grande précarité, cette mesure nous paraît injuste pour les personnels qui subissent des conditions de travail très difficiles et non reconnues ; je reviendrai sur ce point ultérieurement.

Enfin, cette mesure contribuera au démantèlement du statut collectif des personnels du secteur social et médico-social.

Tel est l'objet de notre amendement.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social.** Vous le comprendrez, je ne peux être que défavorable à cet amendement, qui vise à mettre un terme aux réformes engagées dans le secteur médico-social.

Je rejoins totalement mes collègues du groupe CRCE sur le constat quant aux carences du secteur, mais pas du tout sur le diagnostic.

La responsabilisation des gestionnaires d'établissements, au travers de la contractualisation pluriannuelle, et le regroupement d'entités multiples sont les deux conditions à la redynamisation du secteur, prévues à l'article 50, qu'il convient donc de maintenir.

En conséquence, la commission est défavorable à cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 501.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 141, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi rédigée : « Toute autorisation est réputée caduque pour la part de l'activité de l'établissement ou du service qui n'est pas ouverte au public dans un délai et selon des conditions fixées par décret. » ;

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** La rédaction actuelle de l'article 50 présente le risque d'une caducité totale de l'autorisation en cas d'une installation seulement partielle de places.

Cet amendement tend à sécuriser le dispositif pour les places effectivement ouvertes par les établissements qui ne pourront se voir menacer de caducité.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement ne partage pas tout à fait l'avis de la commission. L'objet de la mesure prévue au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est de permettre plus de souplesse dans les décisions prises par les autorités.

Alors que, aujourd'hui, l'autorisation ne peut être retirée qu'en totalité, il sera demain possible de ne la retirer que partiellement si une partie de l'établissement est ouverte dans les délais.

L'adoption de cet amendement aurait pour effet de créer un vide juridique en ne traitant plus du cas de caducité totale, ce qui n'est pas votre intention, je suppose. C'est pourquoi je propose de maintenir la rédaction actuelle, qui est plus complète.

Je veux toutefois vous rassurer, monsieur le rapporteur, le Gouvernement partage votre intention de ne pas prononcer la caducité totale de l'autorisation dès lors qu'une partie de l'autorisation aura été mise en œuvre.

Aussi, je demande le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 141 est-il maintenu ?

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 141 est retiré.

L'amendement n° 557 rectifié, présenté par MM. Gremillet et Husson, Mmes Di Folco et Imbert et MM. Morisset, Raison, Perrin, Paul, Pierre, Mouiller et Genest, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...) Le premier alinéa du A est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV ter. – A. – La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II, à l'exception des petites unités de vie non médicalisées, conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

« Les modalités spécifiques de conventionnement de ces petites unités de vie avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

La parole est à M. Jean-Marie Morisset.

**M. Jean-Marie Morisset.** Cet amendement vise, afin de préserver le modèle des maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie, les MARPA, à permettre aux petites unités de vie ayant opté pour la non-médicalisation en interne de déroger à l'obligation de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de type EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec le conseil départemental et l'agence régionale de santé, l'ARS, et à l'obligation de se conformer au dispositif de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'EPRD.

Les petites unités de vie non médicalisées dérogent au forfait global relatif aux soins par conventionnement avec un service de soins infirmiers à domicile, un SSIAD. C'est le statut juridique détenu par une part non négligeable des MARPA, la majorité d'entre elles ayant le statut de résidence autonomie.

Concept créé par la Mutualité sociale agricole, les MARPA, établissements relevant de la réglementation médico-sociale, constituent une solution d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD.

Outre l'intérêt que représente cette offre pour les seniors du milieu rural et périurbain, ces structures bénéficient à plus d'un titre aux territoires sur lesquels elles sont implantées. Aujourd'hui, les MARPA forment un réseau de près de 200 maisons en fort développement en métropole, mais également hors métropole. Chaque projet de maison reçoit le soutien financier d'une caisse de la Mutualité sociale agricole et résulte de partenariats avec les collectivités territoriales.

Les MARPA, qu'elles soient sous le statut de résidence autonomie, ne perçoivent pas de crédits d'assurance maladie. En outre, le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie se fait comme à domicile. Il semble donc injustifié que le CPOM tripartite et l'EPRD s'imposent aux petites unités de vie non médicalisées qui, bien qu'elles soient sous la compétence de l'agence régionale de santé, ne sont pas tarifées par cette autorité de tarification.

L'objet de cet amendement est d'éviter les lourdeurs de gestion administrative.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** L'amendement, dont je comprends l'intention, ne me semble pas pour autant apporter une réponse adéquate.

Les petites unités de vie peuvent déjà déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des EHPAD. Cette possibilité de dérogation, qui s'adresse essentiellement aux petites unités de vie non médicalisées, leur permet *de facto* d'échapper au droit commun de la tarification et de la contractualisation pluriannuelle.

En ce qui concerne les petites unités de vie médicalisées, qui ont une identité de gestionnaire avec des EHPAD, il me paraît plus sain pour le maillage et la viabilité de ces structures de maintenir l'obligation de CPOM et d'EPRD.

Je souhaite néanmoins demander l'avis du Gouvernement, notamment sur la question des petites unités de vie déconnectées des EHPAD en zones rurales ou isolées.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est en ligne avec l'argumentaire de M. le rapporteur.

J'ajoute que les CPOM ont une visée de qualité et d'efficacité. Il ne faut donc pas que ces petites unités de vie renoncent aux critères de qualité qui sont demandés au travers des CPOM.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Morisset, l'amendement n° 557 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Morisset.** Le débat était nécessaire. Deux MARPA sont implantées dans mon département. Imposer la procédure complexe des CPOM aux petites unités de vie est déraisonnable par rapport aux grosses structures des EHPAD.

Quoi qu'il en soit, je rejoins la réflexion du rapporteur et j'accepte de retirer mon amendement comme me le propose Mme la ministre.

**M. le président.** L'amendement n° 557 rectifié est retiré.

L'amendement n° 142, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après la première phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements et services situés dans le même ressort territorial et financés par la même autorité de tarification, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire et l'autorité de tarification. Dans les cas où cette dernière réunit le président du conseil départemental et le directeur de l'agence régionale de santé, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région, sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence. » ;

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Cet amendement vise à reproduire dans le champ du handicap l'obligation de CPOM déjà prévue pour les EHPAD gérés par le même gestionnaire dans le même département.

Les établissements et services chargés de la prise en charge du handicap auraient l'obligation de contracter un CPOM unique à la triple condition d'une identité de gestionnaire, de ressort territorial et de mode de tarification.

Il s'agit, à notre sens, d'une contribution à la restructuration efficace de l'offre médico-sociale *via* l'outil contractuel.

Je précise que, dans la mesure où plusieurs départements peuvent être concernés dans la même région, il est nécessaire que les présidents de département se mettent d'accord entre eux pour ce CPOM.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je ne suis pas très favorable à cet amendement, non pas sur le fond, mais parce qu'il n'est pas nécessaire d'imposer dans la loi une telle mesure.

Tout d'abord, cette disposition est déjà prévue et largement encouragée dans l'ensemble des instructions adressées aux ARS pour la mise en œuvre de la contractualisation dans le secteur médico-social.

Ensuite, il convient de laisser une marge de manœuvre aux ARS et aux conseils départementaux pour qu'ils jugent de l'opportunité et du bien-fondé de ces regroupements, au regard notamment des situations particulières.

Enfin, compte tenu des réformes lancées à partir de 2016 sur le secteur des EHPAD et du handicap, les ARS et les conseils départementaux se sont déjà fortement impliqués dans la programmation et la négociation des CPOM.

Par conséquent, modifier la règle actuelle sur le champ du handicap risquerait d'être contre-productif. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 142 est-il maintenu ?

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Je ne suis pas vraiment convaincu, madame la ministre. Je ne voudrais pas que l'on traite différemment le secteur du handicap et celui des personnes âgées. Je maintiens donc cet amendement de façon que les EHPAD comme les établissements pour personnes handicapées puissent avoir la possibilité d'établir un CPOM, même s'ils ne sont pas situés sur le même département.

**M. le président.** La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

**M. René-Paul Savary.** Nous avons une année d'expérience concernant la tarification des EHPAD. C'est une question compliquée. Il devait y avoir 85 % de gagnants et 15 % de perdants. Or on s'aperçoit qu'ils seront 80 % contre 20 %, voire 75 % contre 25 % !

Par ailleurs, les établissements importants, comme les CHU ou les centres hospitaliers, ont plus de lits d'hébergement. Des sommes importantes sont en jeu. Le CHU de Reims, dans le cadre de la programmation actuelle, perdra 5 millions d'euros de financement répartis sur un certain nombre d'années.

Il faut donc être particulièrement attentif, et corriger certains dispositifs. Cela requiert du personnel, notamment pour mettre en pratique la nouvelle approche de la tarification, tout à fait différente de la précédente, symbolisée par l'état de prévisions de recettes et de dépenses », l'EPRD, dans le cadre du CPOM. La mobilisation des énergies est nécessaire ; cela prend du temps.

M. le rapporteur, qui a aussi été président de conseil départemental, a raison de vouloir aligner l'obligation de CPOM dans le champ du handicap sur celle qui existe pour les EHPAD. Cela dit, en pratique, cette transformation prend du temps ; elle passe, me semble-t-il, par une action volontaire plutôt qu'imposée, du moins dans un premier temps.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 142.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 143, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 11

Remplacer les mots :

Après la troisième phrase, est insérée

par les mots :

Est ajoutée

II. – Alinéa 14

Supprimer les mots :

, à la fin

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Amendement rédactionnel.

**M. le président.** L'amendement n° 214, présenté par Mmes Lienemann et G. Jourda, M. Durain, Mme Taillé-Polian, MM. Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 12 à 14

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cet amendement tend à formuler une demande de suspension des dispositions contenues dans l'article, de façon à nourrir une réflexion, en vue d'examiner les conditions dans lesquelles les nouvelles modalités de financement seront appliquées.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 214 ?

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Je comprends tout à fait l'intention des auteurs de cet amendement et les craintes que la fin de l'opposabilité des conventions collectives suscite. Je souhaite néanmoins appeler votre attention sur deux points.

Tout d'abord, la fin de l'opposabilité ne signifie pas pour autant la fin des revalorisations salariales, qui sont intégrées chaque année dans le calcul de l'objectif global de dépenses. La revalorisation était ainsi de 0,86 % pour 2017.

Ensuite, si nous voulons que le secteur médico-social entame sa mue nécessaire, il nous faut absolument responsabiliser les gestionnaires d'établissements et leur donner des marges de manœuvre.

L'avis est donc défavorable.

Je précise qu'a été adoptée à l'Assemblée nationale, après avis favorable du Gouvernement, la possibilité de voir les excédents conservés dans le secteur des personnes handicapées, comme c'était le cas pour les personnes âgées.

C'est une évolution que nous aurions proposée si l'Assemblée nationale ne l'avait pas déjà fait ! Elle permettra, dans le cadre des CPOM qui seront établis entre les gestionnaires et les structures pour personnes handicapées, d'éviter le problème difficile lié à l'évolution des conventions collectives, lesquelles s'établissent année par année et que subissent souvent les départements gestionnaires de ces établissements.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 143 et défavorable à l'amendement n° 214.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 143.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 214 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 303 rectifié *quater*, présenté par MM. Chasseing, Wattebled, A. Marc, Malhuret et Decool, Mme Mélot et MM. Bignon, Capus, Guerriau, Lagourgue et Fouché, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Avec l'accord des deux parties, les personnes en accueil de jour en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peuvent être intégrées au pôle d'activités et de soins adaptés, sauf avis contraire du médecin coordonnateur du pôle.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** Le pôle d'activités et de soins adaptés, le PASA, est un espace d'accueil pour les résidents en EHPAD souffrant de troubles cognitifs consécutifs notamment à une maladie neurodégénérative, parfois associée à un syndrome démentiel, afin de conserver les acquis.

Cet amendement prévoit que les personnes en accueil de jour – c'est un maillon du maintien à domicile pour faire souffler les aidants – des EHPAD puissent être intégrées au PASA, sauf avis contraire du médecin coordonnateur.

J'en profite pour ajouter une chose, qui ressortit au pouvoir réglementaire de Mme la ministre : il serait opportun pour certains EHPAD, notamment en zone rurale, d'abaisser le seuil de places d'accueil de jour de six à quatre lits.

Ces deux propositions, qui ne posent pas de problème budgétaire, sont refusées de façon incompréhensible par l'ARS.

Cet amendement est un amendement de bon sens, qui vise à instaurer une solution pragmatique, au bénéfice notamment des petits EHPAD. Certains EHPAD ne souhaitent en effet disposer que de quatre lits pour l'accueil de jour, dont je rappelle qu'il est un maillon essentiel, je le répète, du maintien à domicile, en ce qu'il contribue à faire souffler les aidants.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** L'objet de cet amendement est pertinent. Il est néanmoins satisfait en droit par l'aménagement prévu à l'alinéa 9 de l'article 50 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui ouvre le forfait global de soins et les financements complémentaires aux établissements d'accueil de jour.

Par ailleurs, il formule une possibilité déjà ouverte aux gestionnaires des EHPAD assurant des accueils permanents, qui reçoivent des financements complémentaires au titre des PASA.

La commission demande le retrait de cet amendement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis : retrait ; à défaut, défavorable.

**M. le président.** Monsieur Chasseing, l'amendement n° 303 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Daniel Chasseing.** Je sais très bien comment sont financés les PASA. Je demande seulement que les personnes en accueil de jour, mesure nécessaire pour faire souffler les aidants, puissent être intégrées au PASA.

Je maintiens l'amendement, monsieur le président.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous pensons que cette mesure, compliquée à mettre en place, pourrait désorganiser un certain nombre de PASA.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale contient déjà plusieurs mesures dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou à des maladies apparentées, ainsi que des mesures en faveur de l'hospitalisation de jour.

C'est ainsi que nous créons 1 500 places supplémentaires d'hébergement de jour dans les EHPAD ; que nous renforçons l'offre territoriale de centres dédiés à la maladie d'Alzheimer ; que nous renforçons également les équipes de soins Alzheimer pour le maintien à domicile – pour rappel, on dénombre 5 000 places de maintien domicile aujourd'hui ; et que nous prenons des mesures pour les aidants.

Cette mesure risque de provoquer beaucoup de désorganisation, mais aussi d'exercer une forte pression sur les EHPAD, raison pour laquelle nous y sommes défavorables.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 303 rectifié *quater*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote sur l'article.

**Mme Annie Delmont-Koropoulis.** Je tenais à intervenir sur l'article 50, car, à chaque fois que nous légiférons sur le secteur médico-social, il est impératif que nous nous assurions de la compatibilité de nos décisions avec les réalités budgétaires et opérationnelles des organismes gestionnaires.

La mesure de suppression de l'opposabilité des conventions collectives de travail aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, annoncée sans qu'une concertation avec les acteurs du secteur ait eu lieu, risque de fragiliser l'exercice des missions des associations au service des personnes accueillies et accompagnées.

Bien que cette suppression de l'opposabilité soit compensée par la garantie de la libre affectation des excédents d'exploitation éventuels, il est essentiel que les pouvoirs publics n'affaiblissent pas le secteur du médico-social, qui accompagne au quotidien les populations en difficulté.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 50, modifié.

*(L'article 50 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 50

**M. le président.** L'amendement n° 515 rectifié, présenté par MM. Gremillet et Husson, Mme Di Folco, M. Charon, Mme Gruny, MM. Mandelli, Pillet, Duplomb et Dufaut, Mme Deromedi, MM. Danesi, Bizet, Lefèvre, Cuypers, Paccaud et Pointereau, Mmes Bonfanti-Dossat et Micouleau et MM. Pellevat, Vial, de Legge, Paul, D. Laurent, Bonhomme, Chatillon, Huré, Pierre, Raison et Perrin, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 225, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Guillaume, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lienemann, Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La section 4 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-7-...* – Les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service d'intervention à domicile pour accompagner des personnes malades chroniques et en situation de précarité. Ces interventions visent notamment la prévention des expulsions locatives. Les modalités de ces interventions et de leur financement sont fixées par voie réglementaire.

« Les appartements de coordination thérapeutique peuvent fonctionner en dispositif. Le fonctionnement en dispositif consiste en une organisation des établissements d'appartements de coordination thérapeutique en services constitués d'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité mentionnés au premier alinéa du présent article. Les interventions de ces équipes sont destinées à prévenir notamment le risque d'expulsion locative par des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins médico-psycho-sociaux des personnes qu'ils accompagnent. Dans le cadre du dispositif, ces services proposent aux bailleurs sociaux et aux locataires, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues par les équipes pluridisciplinaires des appartements de coordination thérapeutique.

« Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement et de financement en dispositif intégré.

« Le fonctionnement des services d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale et les établissements et services intéressés.

« Les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année à l'agence régionale de santé, un bilan établi selon des modalités prévues par décret. »

II. – Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2018.

III. – Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement en dispositif à domicile des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades chroniques et en situation de précarité et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 décembre 2018.

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cet amendement traite des appartements de coordination thérapeutique.

Ces services, qui regroupent des professionnels de différentes disciplines allant du domaine sanitaire au domaine social, ont pour vocation d'accueillir dans des appartements

relais, qui peuvent être utilisés d'ailleurs pendant un certain temps, des personnes devant subir des traitements ou être aidées dans leurs tentatives de réinsertion.

Ces appartements de coordination thérapeutique regroupent des médecins comme des travailleurs sociaux. Ils sont agréés par la sécurité sociale, mais dans un périmètre qui leur est particulier.

Or, sur l'année 2015, 14 000 expulsions – ce ne sont pas des jugements d'expulsion – ont effectivement été réalisées, dont 20 % concernaient vraisemblablement des personnes atteintes de pathologies chroniques et lourdes et en difficulté.

Nous proposons que les logements dans lesquels se trouvent des personnes atteintes de pathologies lourdes soient intégrés dans le service des appartements de coordination thérapeutique, ce qui non seulement leur évitera l'expulsion, mais leur permettra de continuer à recevoir des soins. Dès lors qu'il y a expulsion, en effet, il n'y a plus de suivi possible, et ces personnes se retrouvent dans une situation extrêmement difficile.

Il s'agit donc simplement d'augmenter le périmètre de ces appartements, en fonction des besoins exprimés localement.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Le dispositif de cet amendement, que je rejoins dans son principe, a l'inconvénient d'être un peu prématuré.

Je le rappelle, le dispositif de l'appartement de coordination thérapeutique se présente comme un dispositif médico-social de suivi rapproché de personnes en situation de très grande vulnérabilité physique ou psychologique. Comme il fonctionne sur le modèle du gestionnaire de cas, son extension en service d'intervention à domicile, qui suppose une forme de généralisation, ainsi qu'une modification profonde de ses pratiques, ne peut se faire sans expérimentation. Celle-ci est actuellement à l'œuvre ; une enveloppe de 150 000 euros lui a été dédiée pour la création de 50 places d'appartement de coordination thérapeutique à domicile sur quatre mois, à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017.

Nous en attendons avec impatience les résultats, mais, pour l'heure, j'estime plus sage de vous demander de bien vouloir retirer votre amendement, mon cher collègue. À défaut, j'y serai défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Même avis, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Monsieur Tourenne, l'amendement n° 225 est-il maintenu ?

**M. Jean-Louis Tourenne.** Cette fois-ci, je ne vais pas obtempérer !

En effet, les réponses apportées ne me satisfont pas. Il s'agit d'une urgence : dès la fin de cet hiver, il y aura de nouvelles expulsions de personnes atteintes de pathologies lourdes et en situation extrêmement précaires.

Ce n'est plus une affaire comptable, c'est une affaire d'humanité. La solution pour faire face à ce problème, qui passe par les appartements de coordination thérapeutique, me paraît tout à fait adaptée. Nous ne pourrions pas échapper à la responsabilité de ce qui pourrait arriver à certaines de ces personnes, si elles venaient à être expulsées de leur logement.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je veux absolument prendre la parole sur cet amendement, d'ailleurs très bien défendu par Jean-Louis Tourenne, car le sujet est d'importance.

L'argument de M. le rapporteur, selon lequel le recours à ces appartements serait prématuré, ne vaut pas : nous parlons ici d'urgence, comme l'a souligné mon collègue. Le rôle des parlementaires n'est-il pas d'anticiper les choses afin de pouvoir répondre aux urgences et aux difficultés, quand elles se présentent ? On ne peut donc pas invoquer le caractère prématuré d'un amendement de ce type. Je le voterai donc avec beaucoup de conviction.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 225.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 497 rectifié, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« ... – Il est instauré un moratoire sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter de la promulgation de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2018. »

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Une étude officielle fait état d'une augmentation attendue des coûts de l'aide aux personnes âgées. Ces données arrivent dans un contexte particulièrement tendu : convergence à la baisse des budgets de nombreux établissements ; arrêt des contrats aidés ; rapport parlementaire rappelant les restes à charge de plus en plus élevés pour les résidents et leur famille ; étude de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés faisant état d'une baisse des accidents du travail dans tous les secteurs d'activité, sauf dans le secteur des services à la personne ; multiplication des conflits dans les établissements, dont le plus emblématique est celui de l'EHPAD de Fouchères ; nombreux témoignages sur la déshumanisation du travail et la dignité des personnes âgées. Tout cela a conduit l'Assemblée nationale à mener une « mission flash » sur la situation des EHPAD, qui a confirmé ce constat négatif.

C'est dans ce contexte que la réforme de la tarification se met en place et provoque des inquiétudes légitimes, notamment dans les EHPAD publics.

Les personnes âgées les plus dépendantes sont d'ailleurs affectées du fait de l'existence du point GIR départemental : que devient le principe républicain d'égalité dans ce système ?

Par ailleurs, la lumière n'est toujours pas faite sur les conséquences de cette réforme de la tarification. Vous mettez en avant, madame la ministre, que la perte subie notamment par les EHPAD publics au titre de la dotation dépendance serait en quelque sorte compensée par l'augmentation du forfait soins et les mesures en faveur du financement d'une infirmière de nuit. Mais les EHPAD publics les ont déjà mis en place !

Au final, le rapporteur de la commission des affaires sociales nous a indiqué – il l'a confirmé lors de l'examen de ces dispositions par la commission – que le nombre d'EHPAD en difficulté serait plus proche de 25 % – M. Savary a évoqué des chiffres allant de 20 % à 25 % – que des 3 %, comme vous avez bien voulu l'admettre jusqu'à présent. Cela nous paraît extrêmement grave

Cette réforme était censée s'appliquer sur sept ans. Par ailleurs, vous avez mis en place un comité de suivi chargé de vérifier l'avancement de la mise en place de cette réforme. Allons jusqu'au bout de cette logique et mettons en place un moratoire pour un an, par exemple ! Cela permettrait d'apaiser les tensions.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** En fait, il y a deux problèmes.

Vous parlez de moratoire, mon cher collègue, et je suis très défavorable à l'idée de moratoire.

**M. Dominique Watrin.** Ce n'est pas ce que vous disiez en commission !

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Je maintiens que je suis défavorable à l'idée de moratoire !

La réforme de la tarification des EHPAD vise à modifier le système de la reconduction historique, qui ne satisfait pas aux objectifs de la prise en charge adaptée et de la bonne gestion des deniers publics.

J'ajoute que, au vu des augmentations tarifaires que connaissent globalement les EHPAD – j'insiste, madame la ministre, sur le terme « globalement » – depuis la réforme des forfaits soins et autonomie, c'est à un manque à gagner criant que le dispositif les condamnerait.

Je rappelle également que, avec la réforme de la tarification envisagée, plusieurs établissements risquent de perdre par rapport à leur dotation de l'année passée. Les services ont établi que 2,3 % des établissements seraient dans ce cas. Il semblerait que le taux soit en réalité beaucoup plus élevé.

Le Gouvernement a prévu 28 millions d'euros pour compenser la perte encourue par ces établissements. Nous devons veiller à ce qu'aucun établissement n'ait à subir de perte par rapport à la dotation reçue l'an passé, à ce qu'aucun d'entre eux ne se retrouve dans une situation difficile.

Il faut à tout prix éviter que, dans certains départements – je l'ai observé lorsque j'étais encore président de conseil départemental –, des établissements publics notamment ne connaissent des pertes relativement importantes, car cette situation profite aux établissements à but lucratif ; cela ne peut être le souhait de nombreux présidents de conseil départemental.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur Watrin, je suis défavorable à l'idée de mettre en place un moratoire. Permettez-moi de revenir sur cette réforme.

Cette réforme, lancée bien avant mon arrivée au Gouvernement, visait, selon moi, l'équité, en voulant rétablir une forme de justice dans la tarification, qui se fonde sur la charge en soins ou en dépendance des différents établissements. C'est un progrès par rapport à la dotation globale historique. Je trouve donc que la philosophie de la réforme est bonne.

Il est également raisonnable que cette réforme, dont j'hérite, je le rappelle, se mette en place sur sept ans, ce qui laisse le temps aux établissements d'adapter leurs pratiques et leurs organisations.

J'ai néanmoins été alertée tout l'été par différents élus sur les risques encourus par certains EHPAD. Aussi, nous avons donc mis en place au sein du ministère un comité de suivi, qui s'est réuni pour la première fois le 25 septembre dernier. Ce comité fait un état des lieux régulier des difficultés rencontrées, qui remontent du terrain.

Pour ce qui est de la philosophie de la réforme, il faut continuer en ce sens. C'est une bonne réforme, qui distingue les soins, la dépendance et l'hébergement.

Permettez-moi de vous donner quelques chiffres.

Vous le savez, 397,9 millions d'euros de financements supplémentaires seront alloués aux EHPAD sur la période de sept ans.

En outre, dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, ce sont d'ores et déjà 100 millions d'euros supplémentaires qui sont consacrés à améliorer le taux d'encadrement, la qualité des accompagnements et les conditions de travail des personnels.

Je dirai aussi un mot sur les EHPAD publics, car c'est à leur propos que nous sommes le plus souvent alertés.

Bien que les prévisions pour le tarif dépendance laissent apparaître un solde négatif de 65,6 millions d'euros pour l'ensemble des 3 400 établissements publics sur sept ans, celui-ci est plus que compensé par l'effet positif entraîné par la convergence sur le forfait soins, qui se monte à 165,8 millions d'euros. Ces établissements bénéficieront *in fine* de 100,2 millions d'euros de financements supplémentaires à l'issue de la période de convergence.

Selon nos chiffres, seuls 2,9 % des EHPAD, tous secteurs confondus, cumulent les effets d'une convergence négative sur leur forfait soins et dépendance. Pour ces établissements, nous dégageons une enveloppe de 28 millions d'euros, qui pourra être utilisée spécifiquement pour accompagner ces établissements.

Nous continuerons bien sûr à échanger avec l'ensemble des acteurs, la direction générale de la cohésion sociale, la DGCS, et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, sur l'impact de la réforme. Le comité de suivi continuera de se réunir. Les travaux seront d'ailleurs partagés lors de sa prochaine réunion, en mars 2018.

Je vous suggère de renoncer à votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

Enfin, j'ajoute que nous avons pris des mesures pour la qualité de vie des personnels en EHPAD. Nous avons lancé un groupe de travail piloté par la DGCS sur ce secteur, qui devra rédiger une charte nationale d'engagement pour la qualité de vie au travail pour les employeurs publics et privés des EHPAD. Un guide à destination des EHPAD sur la qualité de vie au travail, piloté par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'ANACT, va être réalisé. Des instructions aux ARS seront données pour intégrer la dimension de la qualité de vie au travail au sein des CPOM. Tout un tas de mesures d'accompagnement se mettent en œuvre, pour tenir compte des remontées du terrain.

En conséquence, l'avis est défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je n'interviendrai pas sur la demande de moratoire formulée dans cet amendement ou sur les difficultés rencontrées par les EHPAD en matière de tarification. Je voudrais plutôt dire quelques mots sur les difficultés rencontrées par les parlementaires au moment d'élaborer la loi.

De ce que j'ai pu comprendre, notamment de certains directeurs d'EHPAD, les difficultés dont nous parlons proviennent d'un article de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ou loi ASV, sur laquelle les rapporteurs au Sénat, Georges Labazée et Gérard Roche, ont fait un excellent travail, reconnu de tous. Ces difficultés pour lesquelles nous avons été alertés par les différents directeurs d'EHPAD dans chacun de nos départements tiennent à un article, long d'une page entière : un alinéa a échappé à la vigilance des parlementaires et, semble-t-il aussi, du gouvernement de l'époque, mais pas des fonctionnaires qui ont rédigé les décrets d'application.

Voilà une loi qui a été travaillée, réfléchi et mise en place, dont un alinéa, passé à travers les mailles du filet, met en difficulté des milliers de personnes sur le territoire national, des centaines d'établissements, peut-être des milliers de lits.

Je mets donc en garde Mme la ministre sur la réforme du RSI, introduite dans le présent texte *via* un article de 34 pages, comprenant 409 alinéas : je suis sûr que nous avons laissé passer certaines choses...

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Marie Morisset, pour explication de vote.

**M. Jean-Marie Morisset.** Je veux confirmer les propos tenus à l'instant par M. le président de la commission. Je n'avais pas le souvenir d'avoir voté dans la loi ASV une quelconque disposition modifiant la tarification des EHPAD.

En revanche, j'ai souvent entendu que ce texte concernait non pas les EHPAD, mais essentiellement les soins à domicile. C'est pourquoi les directeurs des EHPAD ont été surpris des conséquences emportées par ce petit alinéa, lorsque sont parus les décrets d'application.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

**M. Dominique Watrin.** Je n'ai jamais dit vouloir la reconduction *ad aeternam* des tarifications historiques.

Je voulais seulement soulever le problème du déséquilibre semblant affecter les EHPAD publics ; Mme la ministre n'y a que partiellement répondu.

Je maintiens avoir entendu, lors de nos auditions, que les EHPAD en difficulté étaient largement plus nombreux que les 3 % ou 4 % avancés ; d'autres études donnent des chiffres beaucoup plus importants. Il est vrai qu'un comité de suivi est mis en place, nous pourrions faire le point.

La question de la qualité de vie dans ces établissements, que vous avez abordée, madame la ministre, est fondamentale. On n'arrivera pas à avancer tant que le chantier lancé par le plan Solidarité grand âge, il y a plusieurs années déjà, n'aboutit pas. Ce plan prévoyait une amélioration sensible du taux d'encadrement dans les EHPAD.

Cela pose, bien sûr, la question du financement de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. J'ai parlé précédemment des aides à domicile. La Cour des comptes estime à 7 milliards d'euros les besoins supplémen-

taires d'ici à 2040. Je sais, madame la ministre, que vous avez demandé un énième rapport, dirais-je, sur le sujet. Mais ce qu'il faut, c'est la volonté politique d'assurer ces financements et de prendre des décisions justes.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 497 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### **Article 50 bis (nouveau)**

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 233-2 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « ainsi qu'aux dépenses de fonctionnement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et du conseil mentionné à l'article L. 149-1, dans une limite fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ».

**M. le président.** L'amendement n° 144, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le I de l'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Dans le cas où les départements n'ont pu entièrement consommer les crédits du montant mentionné au 2° du présent I, le reliquat de leur part calculée après répartition est portée en complément du montant mentionné au 1° du présent I après répartition. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Cet amendement a pour objet de remédier au problème regrettable de la sous-consommation des crédits relatifs à l'APA 2.

Regrettable, ce problème l'est à deux égards : pour les départements, qui sont dans la situation paradoxale de ne pouvoir dépenser des crédits dont ils ont grandement besoin ; pour les réserves de la CNSA, qui se trouvent artificiellement gonflées par ces recettes inemployées.

En proposant de fusionner le reliquat non consommé de l'APA 2 et le montant de l'APA 1, c'est une mesure de clarification financière et de soutien aux départements que la commission défend.

J'ajoute qu'une partie des fonds non employés, qui retournent à la CNSA, ont *in fine* une destination complètement différente de celle qui est initialement prévue – le financement de l'autonomie des personnes âgées –, puisqu'ils servent – c'est, me semble-t-il, le cas cette année – à aider les départements éprouvant des difficultés à remplir leurs obligations en matière de RSA.

Il est donc dommage, pour les départements, qui en ont fortement besoin, de ne pas diriger ces fonds vers leur destination normale.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous avons eu une longue discussion à ce sujet lors de la séance d'hier ; je ne souhaite pas y revenir.

Sachez seulement que nous sommes très attentifs à ce que le financement, et les 100 millions d'euros de la CNSA, soient utilisés pour le renforcement des soins dans les EHPAD.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 144.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 145, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – À titre expérimental, et uniquement dans les départements où sont mises en place les conférences mentionnées à l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, l'agence régionale de santé peut privilégier les centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du même code, lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires, pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 dudit code. La désignation de ces centres par l'agence régionale de santé se fait après concertation des présidents des conseils départementaux de la région et en cohérence avec le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

La répartition entre gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du même code des crédits réservés par l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 dudit code se décide alors dans le cadre de la conférence mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Le présent amendement vise à introduire une expérimentation. Dans les départements où la conférence des financeurs est installée, l'agence régionale de santé serait incitée à investir les centres locaux d'information et de coordination, les CLIC, s'ils disposent des moyens humains et structurels nécessaires, des missions habituellement attribuées aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, les MAIA.

Cette mesure, qui rejoint les préconisations du Conseil économique, social et environnemental, mais aussi certaines pratiques de terrain déjà constatées, dont les retombées semblent très positives, a pour objet d'encourager le rapprochement des structures d'accompagnement des personnes âgées, dans un double objectif de mutualisation des coûts et de lisibilité des services pour les publics concernés.

Il faut donc être particulièrement attentif, et corriger certains dispositifs. Cela requiert du personnel, notamment pour mettre en pratique la nouvelle approche de la tarification, tout à fait différente de la précédente, symbolisée par l'état de prévisions de recettes et de dépenses, l'EPRD, dans le cadre du CPOM. La mobilisation des énergies est nécessaire ; cela prend du temps.

M. le rapporteur, qui a aussi été président de conseil départemental, a raison de vouloir aligner l'obligation de CPOM dans le champ du handicap sur celle qui existe pour les EHPAD. Cela dit, en pratique, cette transformation prend du temps ; elle passe, me semble-t-il, par une action volontaire plutôt qu'imposée, du moins dans un premier temps.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 145.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 50 *bis*, modifié.

(L'article 50 *bis* est adopté.)

#### Articles additionnels après l'article 50 *bis*

**M. le président.** L'amendement n° 166 rectifié *bis*, présenté par MM. Mouiller et Bazin, Mme Billon, MM. Bonne et Cambon, Mme Canayer, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cornu, Cuypers, Dallier et Danesi, Mmes de Cidrac, Dumas et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Frassa, Mmes Garriaud-Maylam et F. Gerbaud, M. Gosperrin, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre et Leroux, Mmes Lopez, Micouveau et Morhet-Richaud, MM. Morisset, Paul et Perrin, Mme Puissat, MM. Revet, Savary et Sol, Mme Deromedi, MM. Kennel, Gilles et Chatillon, Mmes L. Darcos et Gatel, M. Kern, Mme Malet, MM. Brisson, Canevet, Darnaud, Genest, Mandelli, Longeot et Laménié, Mmes Bories et Bonfanti-Dossat et MM. Rapin, L. Hervé, Husson et Mayet, est ainsi libellé :

Après l'article 50 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le f du III de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Le nombre de fonctionnaires qui y sont placés en détachement régis par le statut général de la fonction publique territoriale. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Cet amendement vise à faire évoluer les critères d'allocation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, des moyens versés aux maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH.

Nous le savons tous aujourd'hui, les MDPH sont en pleine mutation et font des efforts importants pour prendre en considération l'évolution de la prise en charge du handicap. La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » y contribue, mais, aujourd'hui, un certain nombre de MDPH sont encore en situation de saturation, par manque de moyens. Les efforts de modernisation et de simplification vont leur permettre de fonctionner selon une meilleure organisation. Quoi qu'il en soit, le temps nécessaire à la mise en place de ces mesures de simplification rend nécessaire une évolution.

Aujourd'hui, les départements sont fortement mis à contribution dans le financement par l'apport de moyens humains. Notre amendement tend à faire en sorte que l'État se montre reconnaissant envers les départements qui réalisent les efforts les plus importants et permette une évolution des critères de manière que les financements soient adaptés.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** L'idée de permettre que la dotation versée par la CNSA aux MDPH reflète plus justement les dépenses engagées par les départements dans le financement de ces structures, qui leur échoit bien souvent, me paraît excellente. Cet amendement prévoit de prendre en compte le nombre de fonctionnaires que le conseil départemental met à leur disposition.

L'avis de la commission est favorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je ne reviendrai pas sur l'objectif des auteurs de l'amendement. Toutefois, en favorisant les MDPH ayant recours au détachement d'agents des collectivités, cette mesure irait à l'encontre de leur liberté de gestion et serait contraire au principe d'égalité de traitement.

Ce nouveau critère s'appliquerait également aux concours destinés au financement de la prestation de compensation du handicap, la PCH, alors même qu'il est sans lien avec la situation du département au regard du handicap.

En conséquence, l'avis du Gouvernement est défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

**M. Bernard Jomier.** Je suis également interrogatif, parce que la vraie question qui se pose, c'est celle des moyens des MDPH. La loi nous a confié – j'ai présidé une MDPH jusqu'à ces dernières semaines – des missions de plus en plus nombreuses, sans les financer, tout le monde le sait.

Le sujet est plutôt celui de l'indexation de la dotation de la CNSA, qui reste aujourd'hui à mettre en œuvre.

L'amendement que vous proposez vise à ajouter un critère, qui n'est pourtant pas le critère nécessaire et exclusif d'engagement des conseils départementaux.

Dans mon département, on a choisi de compenser le désengagement des emplois de l'État, non pas par une mise à disposition de fonctionnaires, mais par une augmentation de la dotation.

Avec cet amendement, le choix serait fait de privilégier la mise à disposition de personnel plutôt que la dotation dans la détermination de l'affectation de la dotation à la MDPH. Or les nouvelles missions des MDPH nécessitent non pas nécessairement du personnel, mais d'autres moyens. Cette disposition pourrait donc entraîner un effet pervers en contrariant les efforts et la nécessaire modernisation de nos MDPH.

Je ne souscris pas à cet amendement. D'une part, il reviendrait à gérer la pénurie et, d'autre part, il risque d'induire une répartition qui pourrait se révéler injuste.

**M. le président.** Monsieur Mouiller, l'amendement n° 166 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Je vais le retirer, au regard de toutes les raisons qui ont été avancées, mais, surtout, parce qu'il s'agissait d'abord de porter un message concernant la remise à plat du financement et du fonctionnement des MDPH.

Nous souhaitons mettre en avant l'effort consacré par les départements, qui interviennent souvent quand les moyens alloués par l'État font défaut, alors que les missions sont en augmentation.

Je sais que la secrétaire d'État aux personnes handicapées a lancé une réflexion sur l'évolution des MDPH. Il faut écouter, selon moi, les directeurs de ces structures, qui ont une certaine expérience. D'une façon générale – c'est un message important ! –, celles-ci n'ont pas aujourd'hui les capacités, sur le territoire national, de prendre en charge toutes les nouvelles missions qui leur sont attribuées.

Après cette discussion, j'espère que vous aurez ce message en tête, madame la ministre.

Je retire l'amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 166 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 190 rectifié *bis*, présenté par MM. Mouiller et Bazin, Mme Billon, MM. Bonne et Cambon, Mme Canayer, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cornu, Cuypers, Dallier et Danesi, Mmes de Cidrac, Dumas et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier et Frassa, Mme Garriaud-Maylam, M. Groperrin, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre et Leroux, Mmes Micouleau et Morhet-Richaud, MM. Morisset, Paul et Perrin, Mme Puissat, MM. Revet, Savary et Sol, Mme Deromedi, MM. Kennel, Gilles et Chatillon, Mme L. Darcos, M. Kern, Mme Malet, MM. Brisson, Canevet, Darnaud, Genest, Mandelli, Longeot et Laménié, Mmes Bories et Bonfanti-Dossat, MM. Rapin, L. Hervé et Husson, Mme Lamure et M. Pointereau, est ainsi libellé :

Après l'article 50 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 245-1 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Dans le cas d'un versement en nature, et si les attributaires de la prestation bénéficient d'un logement mentionné au premier alinéa de l'article L. 441 du code de la construction et de l'habitation, il peut être procédé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, à une mutualisation de l'attribution de la prestation, notamment lorsque celle-ci est affectée aux charges mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 245-3 du présent code. Les modalités de cette mutualisation sont alors définies, après avis de la commission mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 111-7-1 du code de la construction et de l'habitation, par convention entre le conseil départemental et le bailleur social. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 245-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'une demande mutualisée, ce plan de compensation peut être établi en tenant compte de l'ensemble des personnes concernées » ;

3° Au 3° de l'article L. 245-3, les mots : « personne handicapée » sont remplacés par les mots : « ou des personnes handicapées » ;

4° La première phrase de L. 245-5 est ainsi modifiée :

a) Les mots : « personnalisé de compensation » sont remplacés par les mots : « mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 245-2 » ;

b) Les mots : « que son » sont remplacés par les mots : « qu'un » ;

5° Au début de la première phrase de l'article L. 245-8, sont insérés les mots : « Sauf pour les cas où elle fait l'objet d'un versement mutualisé dans les conditions prévues à l'article L. 245-1, » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 245-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'un versement mutualisé de la prestation, ces rémunérations font l'objet d'un partage entre bénéficiaires tenant compte de la situation particulière de chacun d'entre eux. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Cet amendement vise à introduire le principe de mutualisation de la prestation de compensation du handicap, la PCH, lorsque plusieurs personnes handicapées qui en sont attributaires occupent des logements sociaux adaptés.

Rappelons-le, aujourd'hui, ce système est dérogatoire. Il fonctionne, mais reste souvent très compliqué à mettre en œuvre dans les départements, notamment lorsque, après qu'une organisation a été définie avec les bailleurs sociaux, un des allocataires, au fil du temps, est amené à déménager. Il faut alors recommencer les formalités administratives.

Cet amendement vise à simplifier la démarche. L'Assemblée des départements de France a été consultée et s'est dite plutôt favorable à cette évolution.

Je sais qu'une réflexion sur la PCH est engagée, mais elle va prendre plusieurs mois. Or nous sommes aujourd'hui dans l'urgence, avec plus d'une centaine de cas dans nos dossiers. Cette volonté de souplesse serait bienvenue.

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

**M. Bernard Bonne, rapporteur.** Voilà un sujet ambitieux, dont nombre de nos concitoyens se sont déjà emparés, parfois dans des conditions les mettant en délicatesse avec la loi.

La mutualisation de la PCH dans le cadre de ces logements autonomes ou semi-autonomes est un pas nécessaire qu'il nous faut franchir, ne serait-ce qu'avec le souci d'assurer une sécurité juridique aux personnes qui la pratiquent déjà.

Je salue l'initiative de notre collègue Philippe Mouiller. C'est pourquoi j'émet un avis favorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le sénateur, cet amendement vise à introduire la possibilité d'une mutualisation de la PCH entre plusieurs personnes handicapées dans le but d'optimiser les aides et l'aménagement des logements. Il manifeste le soutien au développement de l'habitat inclusif ; c'est un souci qui est partagé, notamment par Sophie Cluzel, qui l'a rappelé en conseil des ministres le 7 juin dernier et qui fait de ces actions une priorité du quinquennat.

Les services de l'État sont d'ores et déjà engagés, en coopération avec le secteur associatif, dans une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif. Des premières mesures concrètes d'encouragement ont été mises en place, avec une aide spécifique forfaitaire d'un montant de 60 000 euros attribuée par les ARS. L'Observatoire de l'habitat inclusif, qui est le lieu de référence en matière d'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes handicapées, a été installé le 10 mai dernier et produira, à l'occasion de la journée nationale de l'habitat inclusif le 30 novembre prochain, un guide d'aide au montage de projets.

Pour la suite, si les travaux conduisent à identifier des obstacles juridiques au développement de ces formes d'habitat, nous veillerons à les lever, en utilisant au besoin les voies législative – ce que vous proposez – et réglementaire.

À ce stade, suivant les recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de novembre 2016, le Gouvernement a élaboré une fiche relative à la mise en commun de la PCH qui en explicite d'ores et déjà les modalités de réalisation, afin de faciliter les projets d'habitat inclusif.

L'objet de votre amendement est donc satisfait.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

**M. Philippe Mouiller.** Madame la ministre, je vous ai écoutée : vous avez clairement défini les objectifs que vous avez assignés aux différentes missions et aux comités. Il n'empêche que, aujourd'hui, sur le terrain, la lourdeur administrative est extrême et que les délais sont relativement longs.

Je préfère que l'on procède à cette modification, afin de répondre à des demandes impératives, quitte à changer de nouveau la procédure lorsque les missions et les comités auront rendu leurs rapports.

Aujourd'hui, cette mutualisation est essentielle. Pour en avoir parlé avec tous les acteurs du handicap, c'est ce qui est demandé. Ayez en tête que, dans ce domaine, les choses sont extrêmement compliquées.

Je sais que le Premier ministre vient de nommer un député chargé de la simplification des démarches administratives dans le monde du handicap. Le calendrier de ce programme s'étend sur au moins dix-huit mois, et, si l'on y inclut la traduction des mesures qui s'ensuivront, le règlement des problèmes administratifs sera alors en décalage avec les besoins des familles concernées.

C'est pourquoi je vous propose vraiment de voter cet amendement, sachant que je suis prêt à en modifier le texte à l'issue des travaux, afin d'appuyer vos démarches.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 190 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 50 *bis*.

### Article 51

- ① I. – L'ensemble des biens, personnels, droits et obligations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé. Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne pas lieu à perception d'impôts, droits ou taxes. Le transfert des salariés de droit privé s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 1224-3 du code du travail. Par dérogation à l'article 14 *ter* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les agents contractuels de droit public transférés conservent le bénéfice des stipulations de leur contrat.
- ② II. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ③ 1° Au dernier alinéa du 2 du I de l'article L. 14-10-5, les mots : « dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 du présent code et la » sont supprimés ;
- ④ 2° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux »

sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

- ⑥ b) À la troisième phrase du troisième alinéa, au sixième alinéa et à la fin de la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;
- ⑦ c) Les huitième à seizième alinéas sont supprimés ;
- ⑧ d) À la fin de la deuxième phrase du dernier alinéa, les mots : « l'agence » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;
- ⑨ e) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Une commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est chargée d'établir et de diffuser les procédures, les références et les recommandations de bonnes pratiques professionnelles mentionnées au premier alinéa. » ;
- ⑪ 3° À la fin du dernier alinéa de l'article L. 313-12-2, les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;
- ⑫ 4° (*nouveau*) Au VI de l'article L. 543-1, les mots : « cinquième et huitième » sont remplacés par les mots : « et cinquième ».
- ⑬ III. – Le chapitre I<sup>er</sup> *bis* du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑭ 1° L'article L. 161-37 est complété par un 15° ainsi rédigé :
- ⑮ « 15° Mettre en œuvre les missions qui lui sont dévolues par l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ⑯ 2° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 161-41, après le mot : « publique, », est insérée la référence : « L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, ».
- ⑰ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

**Mme Laurence Cohen.** L'article 51 prévoit la suppression de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'ANESM, et la reprise de ses compétences par la Haute Autorité de santé, la HAS.

La convention nationale des associations de protection de l'enfant s'est inquiétée des conséquences de cette fusion et de la prise en compte spécifique des aspects sociaux et médico-sociaux, qui pourraient sortir rapidement des préoccupations de la Haute Autorité de santé.

La crainte est donc grande que la HAS, qui a une histoire et un champ de compétences déjà vaste, ne soit pas en mesure d'appréhender toutes les spécificités d'un secteur qui comprend des structures de protection de l'enfance, de lutte contre les exclusions, d'accueil des demandeurs d'asile, de personnes âgées ou en situation de handicap et des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Par ailleurs, l'absence de concertation avec les personnels semble susciter chez eux une forte inquiétude pour leur avenir, alors qu'ils ont appris la décision de fusionner la HAS et l'ANESM la veille de la présentation de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Vous avez répondu à nos collègues députés que cette décision était prévue depuis de nombreuses années. Pourtant, la concertation en amont ne semble pas avoir eu lieu, ce qui est fortement regrettable.

Bref, cette fusion ne nous convainc pas ; au contraire, elle nous inquiète.

**M. le président.** L'amendement n° 146 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après les mots : « à l'article L. 312-1 », sont ajoutés les mots : « du présent code » ;

II. – Alinéa 6

Remplacer la première occurrence du mot :

troisième

par les mots :

fin de la troisième

et les mots :

, au sixième alinéa et à la fin

par les mots :

et à la fin du sixième alinéa et

III. – Alinéa 7

Remplacer le mot :

seizième

par le mot :

avant-dernier

IV. – Alinéa 10

Compléter cet alinéa par les mots :

du présent article

V. – Alinéa 14

Rédiger ainsi cet alinéa :

1° Après le 12° de l'article L. 161-37, il est inséré un 15° ainsi rédigé :

VI. – Après l'alinéa 16

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

...- Au 1° du VI de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le mot « dix-neuvième » est remplacé par le mot : « vingt-troisième ».

La parole est à Mme la rapporteur.

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

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

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 146 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 352 rectifié *ter* est présenté par Mmes Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset, Mme Gruny, MM. de Legge, Mandelli et Frassa, Mme Bonfanti-Dossat, M. Paul, Mme Berthet, M. Pellevat, Mme Micouveau, MM. Buffet, Pierre, Vial, Gremillet et D. Laurent et Mme Deromedi.

L'amendement n° 388 rectifié est présenté par Mme Meunier.

L'amendement n° 502 rectifié est présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Un décret vient préciser sa dénomination, sa composition et son fonctionnement.

II. – Après l'alinéa 16

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 161-42 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « huit » ;

b) Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un membre, non rémunéré, désigné par la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale. »

Les amendements n° 352 rectifié *ter* et 388 rectifié ne sont pas soutenus.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 502 rectifié.

**Mme Laurence Cohen.** Il est défendu.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Cet amendement prévoit que la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale désignera un membre supplémentaire du collège dans le cadre de la fusion des deux agences.

Il paraît légitime, en effet, que l'intégration de l'ANESM entraîne un ajustement de la composition du collège de la HAS. Néanmoins, le dispositif pose plusieurs problèmes d'ordre juridique.

Tout d'abord, la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale a, aujourd'hui, une existence seulement réglementaire, et non législative, et sa mission est consultative. Il serait donc curieux d'ajouter ce comité à la liste des autorités constitutionnelles qui sont chargées de nommer les membres du collège de la HAS.

Ensuite, ces autorités sont libres de leur choix de désignation, et rien ne les empêchera d'adapter la composition du collège en nommant, la prochaine fois que cela sera prévu, un représentant du secteur médico-social.

Enfin, cet amendement prévoit que le membre supplémentaire du collège ne sera pas rémunéré. Or les membres actuels du collège perçoivent un traitement ou une indemnité en fonction de leur statut d'actif ou de retraité, et il n'est pas possible de prévoir un régime distinct pour le membre supplémentaire.

Pour toutes ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, son avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Outre les constatations réglementaires effectuées par la commission, je voudrais rassurer le secteur médico-social à propos de la fusion entre la HAS et l'ANESM, qui est dans les tuyaux depuis de nombreuses années.

En effet, lorsque j'avais pris la présidence de la HAS, il y a un an et demi, plusieurs courriers de la direction générale de la cohésion sociale, la DGCS, portaient déjà des arbitrages en faveur de la fusion. En effet, l'ANESM est une toute petite agence qui délègue, en fait, la certification des établissements médico-sociaux à des organismes accrédités et se charge d'élaborer des recommandations.

Or on s'est rendu compte depuis très longtemps que ces recommandations devaient souvent être écrites en commun entre les secteurs médical et médico-social. C'est le cas, par exemple, de celles qui concernent l'autisme. Depuis très longtemps, les groupes d'experts qui travaillent à la HAS et ceux de l'ANESM sont obligés de travailler en même temps sur un certain nombre de recommandations. La méthodologie de la HAS en la matière est éprouvée et robuste. L'ANESM compte, elle, une quarantaine de personnes, avec un *turn-over* très élevé, de l'ordre de 40 %.

L'ANESM est adossée à la HAS pour tout ce qui concerne le support depuis déjà deux ans, elle est intégrée dans le même bâtiment, et il convient simplement de rapprocher statutairement les personnels.

Au-delà de ce point, je tiens à vous rassurer : la HAS, dans son organisation, va prendre en compte le fait qu'il s'agit d'un secteur différent et qui peut parfois n'être que social et pas du tout médico-social. Le règlement intérieur de la HAS permet tout à fait de créer une commission *ad hoc* pour tout le secteur social et médico-social ; je pense que cela sera évidemment fait.

Dans ces commissions d'experts siégeront toutes les parties prenantes du secteur, il revient à la HAS de l'organiser. En revanche, le collège de la HAS est inscrit dans la loi, ses membres sont nommés par les parlementaires, et les nominations ne tiennent pas compte du champ de compétences du collège.

En fonction des nominations, renouvelées tous les trois ans, certaines compétences peuvent disparaître. Un économiste de la santé peut ainsi être remplacé par un représentant de patients ou par un médecin de santé publique. Des personnes du champ médico-social pourraient évidemment être nommées au collège, mais il n'est pas nécessaire pour cela de changer le nombre de collégiens. Il suffit de proposer, parmi les nominations, tel ou tel membre portant telle ou telle étiquette.

Le collège, surtout, cherche à avoir une vision transversale par laquelle les différents secteurs s'alimentent de leurs connaissances pour améliorer le champ de compétences des uns et des autres.

Selon moi, il n'y a pas lieu d'inscrire quoi que ce soit dans la loi. Une nouvelle commission spécialisée sera créée : c'est possible réglementairement, la HAS le fait régulièrement. Elle tiendra compte de toutes les nécessités des parties prenantes dans sa composition.

Cet amendement est donc satisfait. C'est pourquoi nous proposons le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Nous avons été alertés par les personnels, ce qui nous a conduits à déposer cet amendement.

J'entends bien les précisions que nous donne Mme la ministre. Toutefois, pour siéger à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, je sais que la tendance du Gouvernement est de demander toujours plus avec moins.

La fusion de ces deux entités peut donc être inquiétante, dans la mesure où il n'y a pas eu de concertation au préalable, ce qui n'incombe certes pas à la ministre actuelle – tel n'est pas mon propos.

En conséquence, nous maintenons cet amendement, qui émane des professionnels.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 502 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 51, modifié.

*(L'article 51 est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 51

**M. le président.** L'amendement n° 307, présenté par M. Daudigny, est ainsi libellé :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du III de l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que la Haute autorité de santé au titre de ses compétences dans le domaine de la démocratie sanitaire ».

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je souhaite vous parler de démocratie sanitaire.

La démocratie sanitaire, depuis qu'elle a été consacrée par le Sénat, comme par l'Assemblée nationale, dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, repose essentiellement sur la reconnaissance de droits individuels et la représentation des usagers dans les instances de santé.

Au-delà de ces éléments, c'est l'implication individuelle et collective des patients et des usagers dans les soins et la santé qui doit, à son tour, faire l'objet de nos préoccupations. De nombreux pays la pratiquent, qui ont pris une avance notable

dans la promotion d'attitudes nouvelles favorables à cette implication, sous la terminologie de participation ou de partenariat. C'est la partie que notre pays a un peu délaissée pour se concentrer sur les droits et procédures.

Cependant, les changements d'attitudes dans le soin et la santé, tant des patients que des professionnels du soin, doivent découler non pas nécessairement de l'édiction de droits et de procédures, mais plutôt de recommandations et d'actions que la Haute Autorité de santé peut légitimement promouvoir, au titre de son indépendance et de sa légitimité scientifique.

Il est proposé que les recommandations et les actions de la Haute Autorité de santé dans le domaine de la démocratie sanitaire puissent bénéficier des ressources du Fonds national pour la démocratie sanitaire prévu à l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Il est précisé dans cet amendement que le financement des activités de la HAS dans le domaine de la démocratie sanitaire peut reposer sur le Fonds national pour la démocratie sanitaire créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cette proposition semble satisfaite par la rédaction actuelle du code de la sécurité sociale, qui semble suffisamment large, puisque le dernier alinéa du III de l'article L. 221-1-3 prévoit que « le fonds peut également participer au financement [...] d'organismes publics développant des activités de recherche et de formation consacrées au thème de la démocratie sanitaire ».

Néanmoins, eu égard à votre bonne connaissance de la HAS, madame la ministre, nous souhaitons connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Si la HAS intègre évidemment les acteurs de la démocratie sanitaire au sein de ses instances – un collégien en est d'ailleurs issu et des représentants des patients et d'usagers siègent au sein de toutes les commissions –, ses missions ne sont pas de promouvoir la démocratie sanitaire en tant que telle ou de faire de la formation sur le sujet.

Nous sommes donc plutôt défavorables à cet amendement, qui est de nature à introduire de la confusion dans les missions déjà nombreuses de la Haute Autorité de santé, dont nous avons beaucoup parlé aujourd'hui, à différents égards.

Nous avons besoin de recentrer la Haute Autorité de santé sur ses compétences, c'est-à-dire sur l'expertise scientifique, afin qu'elle nous procure les outils nécessaires à l'organisation de notre système de santé. Ceux-ci sont évidemment discutés avec les acteurs de la démocratie sanitaire, qui sont intégrés à tous les groupes de travail et à toutes les commissions.

Je ne comprends donc pas bien cet amendement, qui ajouterait une nouvelle mission à la HAS, sans lui donner les personnels dédiés. Aussi, j'y suis plutôt défavorable.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 307 est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Au vu des arguments que vous avancez, madame la ministre, j'accepte de retirer l'amendement.

Sans vous demander un engagement, je souhaite toutefois que vous étudiez cette question de la démocratie sanitaire, de ses acteurs, qui sont reconnus, et de ses modes de financement. Selon les informations dont je dispose, il apparaîtrait que ces financements ne sont pas toujours utilisés, voire le sont à des fins différentes de celles auxquelles ils étaient destinés.

Le fonctionnement de la démocratie sanitaire dans notre pays peut être amélioré; je vous remercie, madame la ministre, d'y consacrer un peu d'attention.

Je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 307 est retiré.

## Article 52

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 448,7 millions d'euros pour l'année 2018.
- ② II. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 131,7 millions d'euros pour l'année 2018.
- ③ III. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 105 millions d'euros pour l'année 2018. – (Adopté.)

## Chapitre V

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

## Article 53

- ① Pour l'année 2018, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 211,7 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 210,6 milliards d'euros.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, sur l'article.

**M. Dominique Watrin.** L'article 53 porte sur les objectifs de dépense de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2018.

Je rappelle que le Gouvernement prévoit un recul de 4,5 milliards d'euros par rapport aux tendances naturelles, dans la continuité des gouvernements précédents. Les victimes en seront malheureusement encore les personnels soignants et les assurés sociaux. C'est pourquoi nous voterons contre cet article.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 53.

(L'article 53 est adopté.)

## Article 54

- ① Pour l'année 2018, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

②	(En milliards d'euros)
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	88,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	80,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,4
Autres prises en charge	1,8
<b>Total</b>	<b>195,2</b>

**M. le président.** L'amendement n° 309 rectifié *quinquies*, présenté par M. Tissot, Mmes Ghali et Harribey, M. Iacovelli, Mmes Lienemann et Prévile, MM. Todeschini, Cabanel, Duran et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Montaugé, Antiste et Mazuir, Mme Taillé-Polian et M. Fichet, est ainsi libellé :

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

1° Deuxième ligne

Remplacer le montant :

88,9

par le montant :

87,0

2° Troisième ligne

Remplacer le montant :

80,7

par le montant :

82,6

La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Il s'agit, par cet amendement, au sein de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, ou ONDAM, de rapprocher les dépenses de soins de ville des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité. L'écart entre elles atteint 800 millions d'euros.

Au regard des grandes difficultés que rencontrent les établissements de santé, notamment l'hôpital public, nous souhaitons que cet écart soit comblé et que l'ONDAM établissements et l'ONDAM soins de ville bénéficient d'une même dotation et d'une évolution symétrique.

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

**Mme Catherine Deroche, rapporteur.** Les dépenses de soins de ville devraient être dynamiques en 2018, avec une croissance tendancielle évaluée à 5,1 %. Le rapprochement des objectifs de dépenses entre ville et hôpital risquerait donc de

conduire en exécution à un dépassement de l'ensemble de l'enveloppe des soins de ville, en l'absence de mécanismes de régulation sur ce secteur.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet amendement vise à transférer 200 millions d'euros de l'ONDAM soins de ville vers l'ONDAM hospitalier.

Or l'ONDAM 2018 est équilibré, puisqu'il tient compte de l'évolution des dépenses en ville, liée à la signature de la convention médicale en 2016, mais permet également une évolution des ressources des établissements puisque la progression de l'ONDAM hospitalier est fixée à 2,2 %, soit un taux supérieur aux trois années précédentes.

Les ressources qui seront apportées aux établissements de santé permettront de financer l'investissement à hauteur de 400 millions d'euros, l'innovation, par la « liste en sus », à hauteur de 600 millions d'euros et des mesures nouvelles à hauteur de 200 millions d'euros.

De plus, l'adoption de cet amendement créerait un budget insincère, puisque, nous le savons fort bien, ces 200 millions vont bien être utilisés dans l'ONDAM soins de ville.

Je vous propose donc de le retirer ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** Madame Lienemann, l'amendement n° 309 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 309 rectifié *quinquies*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote sur l'article.

**Mme Laurence Cohen.** L'article 54 fixe l'ONDAM de l'assurance maladie pour 2018 à 195,2 milliards d'euros, soit une progression de 2,1 %, identique par rapport à 2017 si l'on ne tient pas compte de l'augmentation du forfait hospitalier.

Je rappelle que, la semaine dernière, le Sénat a adopté le projet de loi de programmation des finances publiques prévoyant de réduire de 4 milliards d'euros le budget de la santé chaque année, avec un objectif national de dépenses pour l'assurance maladie dont la progression est maintenue à 2,3 % sur la période 2018-2022, tandis que les dépenses naturelles de la santé – nous l'avons dit et écrit! – sont de l'ordre de 4,7 %.

Cela signifie que le Gouvernement, suivant en cela les directives de la Commission européenne, a décidé de nous imposer une réduction des dépenses de la sécurité sociale pour 2018, mais aussi pour 2019 et, encore, pour 2020.

Ces budgets sont totalement indigents par rapport aux besoins de santé des populations.

Je parlais du projet d'hôpital Grand Paris Nord. Il faut savoir que la fusion va conduire à la suppression de 400 à 600 lits et au regroupement de plus de 5 000 agents et coûter 915 millions d'euros. Pensez-vous vraiment que ce projet représente un progrès pour la population du bassin de vie de cet hôpital? Pensez-vous que la réduction drastique de l'ONDAM, toujours dans un objectif d'économies, de bonne gestion, réponde aux besoins réels de nos concitoyens? Pensez-vous vraiment que cet ONDAM – anormalement bas, il faut l'avouer, et cela ne vaudra malheureusement pas que pour 2018 – permettra de répondre aux demandes constantes du personnel, qui se plaint de l'accroissement de sa charge de travail, d'avoir de moins en moins de temps à consacrer aux patients, et ce tous secteurs confondus, quelle que soit la spécialité?

Les membres de mon groupe trouvent que cet ONDAM n'est pas à la hauteur des enjeux et des besoins. Nous voterons donc contre cet article.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je m'abstiendrai sur cet article, qui est excessivement important.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2018 est bâti sur le chiffre 4 : 4,4 milliards d'euros de dépenses nouvelles par rapport à l'ONDAM précédent, mais, dans le même temps, 4,1 milliards d'euros d'économies par rapport à ce que serait la progression des dépenses si aucune mesure n'était prise pour infléchir la tendance actuelle.

Cet ONDAM suscite un certain nombre d'inquiétudes, s'agissant notamment de l'hôpital. Pour ma part, j'ai confiance dans la mise en place à venir des groupements hospitaliers de territoire, les GHT, mais je m'inquiète, comme beaucoup, des conditions de travail actuelles du personnel hospitalier. Mon autre inquiétude, plus limitée, concerne l'autorisation temporaire d'utilisation, l'ATU, cet outil merveilleux que le monde entier nous envie. Je crains qu'il ne soit affaibli par des mesures qui ont été prises à la fin de l'année dernière ou confirmées cette année. L'affaiblissement de l'ATU, s'il s'avérait, signifierait une perte de chances pour un certain nombre de malades de notre pays.

En 2015, dernière année pour laquelle les chiffres sont connus, les dépenses de santé, dont évidemment l'ONDAM ne représente qu'une partie, atteignaient 11 % du PIB : c'est un chiffre moyen, comparable à celui que l'on constate en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, et légèrement supérieur à la moyenne de l'Union européenne, à savoir 10 %.

Dans le même temps, la consommation de soins et de biens médicaux représentait 8,9 % du PIB en valeur en 2015, contre 2,5 % en 1950. C'est dire que nous avons accru dans une très large mesure, en un peu plus d'un demi-siècle, la part du PIB consacré au financement des soins dispensés à l'ensemble de nos concitoyens.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Je voterai contre cet article.

Nous sommes là au cœur de la crise que vit aujourd'hui notre système de santé. On peut bien nous présenter toutes les statistiques du monde, la réalité, c'est que les conditions de travail du personnel de nos hôpitaux, en particulier, sont extrêmement difficiles et que les malades en subissent parfois les conséquences.

Je considère que notre pays ne fait pas les efforts suffisants en matière de santé. On invoque sans cesse la nécessité de réduire les déficits publics, mais les efforts portent surtout sur les dépenses de sécurité sociale et la créativité des fanatiques de la baisse de la dépense publique ne s'exerce guère dans les autres secteurs!

Enfin, je reste convaincue que, sur le temps long, au regard du vieillissement de sa population, de l'exigence de qualité des soins et des progrès technologiques – qui peuvent permettre de réduire les dépenses, mais entraînent aussi parfois une augmentation du coût des traitements –, notre pays ne pourra pas se dispenser de trouver des modes de financement de la protection sociale reposant davantage sur les richesses produites et le capital.

Pour toutes ces raisons, je considère que ce budget n'est pas à la hauteur des attentes de nos concitoyens et prolonge une austérité qui pénalise lourdement, en particulier, l'hôpital public.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Je voudrais juste rappeler que la fixation à 2,3 % de l'ONDAM autorise une augmentation des dépenses de l'ordre de 4 milliards d'euros, alors que la progression tendancielle de celles-ci s'établit à environ 8 milliards d'euros. Cela exige des uns et des autres, en particulier des professionnels de santé hospitaliers, privés ou libéraux, des efforts importants pour infléchir cette tendance.

Cependant, cette situation nous est imposée depuis plusieurs années. Ainsi, monsieur Daudigny, l'ONDAM pour l'année dernière s'établissait à 1,75 %, la progression des dépenses en 2016 devant probablement se situer autour de 1,8 %. Les efforts demandés à l'époque étaient donc nettement plus importants.

Madame Lienemann, il est exact que le personnel hospitalier est proche du désespoir. Il est confronté à des difficultés majeures, tout comme les hôpitaux, mais cela ne date pas non plus d'aujourd'hui : cette situation remonte à quelques années, à d'autres PLFSS que vous et nous avons votés.

**Mme Laurence Cohen.** Il n'y a que nous qui ne les avons pas votés !

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Oui, mais vous vous fondez sur des principes, sur une philosophie politique que nous ne pouvons pas accepter.

On ne peut pas demander à un État, quel qu'il soit, en particulier à un État européen, d'augmenter ses dépenses de 8 milliards d'euros d'une année sur l'autre. Je pense d'ailleurs que l'on ne trouverait pas les ressources nécessaires.

**Mme Laurence Cohen.** L'ISF, c'est 4 milliards !

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Il existait l'an passé, et l'on n'a pas pour autant pu consentir des efforts à hauteur de 4 milliards d'euros, ma chère collègue. Si vous m'interrompez tout le temps, je vais devoir dépasser mon temps de parole, et M. le président, qui ne plaisante pas avec cela, ne manquera pas de me rappeler à l'ordre ! *(Sourires.)*

Un ONDAM à 2,3 % peut paraître raisonnable, mais il est sans aucun doute largement insuffisant pour les professionnels de santé. Nous voterons cet article, car le Sénat a par ailleurs introduit dans ce PLFSS des mesures intéressantes. Ce qui est inquiétant, ce n'est pas que l'ONDAM soit fixé à 2,3 %, c'est la philosophie qu'a développée devant nous M. Darmanin, selon laquelle le système universel actuel allait progressivement disparaître au profit d'un système budgété. Au bout du compte, le Parlement va donc perdre le contrôle du budget, au profit de fonctionnaires bien évidemment efficaces et compétents, mais qui n'ont pas la légitimité émanant du peuple.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Cet article est particulièrement important.

La réduction des déficits de la sécurité sociale, mesdames, messieurs les sénateurs, nous la devons à nos enfants. Nous ne pouvons décemment pas continuer à financer nos retraites, notre système de santé, notre politique familiale uniquement en creusant les déficits et en espérant que les générations ultérieures trouveront les moyens de rembourser la dette. Il me paraît donc impératif – j'aurai toujours en ligne de mire ce que nous devons aux générations futures – de réduire la dette que nous laisserons à nos enfants.

Madame Lienemann, vous évoquez une crise du système de santé. Je suis totalement d'accord avec vous : ce système dysfonctionne, non par manque de moyens financiers, mais parce que nous n'avons pas fait les réformes nécessaires pour l'améliorer et le restructurer, ainsi que l'offre de soins. Vous le savez aussi bien que moi, beaucoup de parcours de soins sont inefficaces, beaucoup d'actes sont redondants.

À cet égard, madame Cohen, vous posez comme un axiome que l'ONDAM doit augmenter pour répondre aux besoins. Si la progression des dépenses de santé était uniquement liée à l'évolution des besoins, ce serait formidable. Le problème est qu'elle tient certes pour partie à la croissance des besoins d'une population qui vieillit, mais aussi à des dysfonctionnements, à notre gabegie, à des actes non pertinents.

Je le répète, des études et des enquêtes montrent qu'aujourd'hui environ 25 % des actes et des parcours de soins ne sont pas pertinents : nous payons des radios en double, des examens de biologie inutiles, des séjours hospitaliers superflus parce que nous ne sommes pas capables

d'organiser la sortie de l'hôpital et l'ambulatorio. Sur toutes ces dépenses indues, qui ne servent pas la santé de nos concitoyens, il est tout à fait possible de réaliser des économies qui, loin de pénaliser la qualité des soins, permettront au contraire de l'améliorer. En effet, des soins non pertinents suscitent des effets secondaires chez les malades. Par exemple, garder inutilement un malade à l'hôpital, c'est l'exposer à des maladies nosocomiales.

Je souhaite un changement de philosophie pour notre système de santé. C'est ce que je vous propose, notamment au travers de l'article 35, qui permet des réorganisations, une tarification au forfait, une tarification au parcours de soins, une meilleure tarification de la prévention qu'actuellement. Je vous propose une réforme de fond qui vise à réduire la gabegie *(Mme Marie-Noëlle Lienemann s'exclame.)*, le manque d'organisation, et permettra ainsi de concentrer les moyens sur les seuls soins utiles, sur la réponse aux besoins liés au vieillissement de la population et aux polyopathologies que nous observons actuellement.

Il ne faut pas confondre l'augmentation des dépenses de santé avec l'augmentation des besoins. C'est toute l'organisation de notre système de santé qui est à revoir ; nous allons y travailler dans les années à venir.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Et cette année, qu'est-ce qui va se passer ?

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 54.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

*(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)*

**M. le président.** Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 26 :

Nombre de votants .....	341
Nombre de suffrages exprimés .....	264
Pour l'adoption .....	248
Contre .....	16

Le Sénat a adopté.

## TITRE V

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

#### Article 55

- ① Pour l'année 2018, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②	<i>(En milliards d'euros)</i>
	<b>Prévision de charges</b>
Fonds de solidarité vieillesse	19,3

③ – *(Adopté.)*

## TITRE VI

### DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

#### Article 56

- ① La sous-section 1 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 723-2-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 723-2-1. – I. – L'État conclut, pour une période minimale de quatre ans, avec la Caisse nationale des barreaux français, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.
- ③ « II. – Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.
- ④ « Elle précise notamment :
- ⑤ « 1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;
- ⑥ « 2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- ⑦ « 3° Les objectifs de l'action sociale ;
- ⑧ « 4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et d'action sociale.
- ⑨ « Cette convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.
- ⑩ « Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. » – *(Adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 56

**M. le président.** L'amendement n° 507, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 56

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « *rencontre* », sont insérés les mots : « *ou en cas de fraude aux cotisations sociales* ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Cet amendement vise à étendre la responsabilité des entreprises dominantes, les *holdings*, à l'égard des entreprises qu'elles contrôlent. Elles sont actuellement subsidiairement et solidairement responsables en cas d'infraction de travail dissimulé : nous souhaitons qu'il en soit de même en cas de fraude aux cotisations sociales.

Par cet amendement, nous proposons donc d'étendre ce principe au cas d'infraction de non-paiement des cotisations sociales. Il s'agit d'un outil de lutte contre la fraude patronale dont il serait dommage de se priver, tant cette fraude peut s'avérer coûteuse pour les deniers publics, dans une mesure d'ailleurs incomparablement plus importante que celle dont on discutera dans un instant. Ainsi, le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale publié le 17 septembre 2014 indique que le montant des irrégularités et fraudes patronales, toutes branches confondues, a atteint, en 2012, un niveau record, entre 20,1 milliards et 24,9 milliards d'euros. Ce chiffre est éloquent et se suffit à lui-même.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe,** *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement est satisfait par la rédaction de l'article visé. La fraude au travail illégal, déjà inscrite dans l'article, comprend la fraude aux cotisations sociales dont les entreprises peuvent se rendre coupables. La commission demande donc le retrait de cet amendement, monsieur Watrin.

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

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

**M. le président.** Monsieur Watrin, l'amendement n° 507 est-il maintenu ?

**M. Dominique Watrin.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 507.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 57

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du I de l'article L. 114-17, après le mot : « *objet* », sont insérés les mots : « *d'un avertissement ou* » ;
- ③ 2° L'article L. 114-17-1 est ainsi modifié :
- ④ a) À la première phrase du premier alinéa du III, le taux : « *50 %* » est remplacé par le taux : « *70 %* » et le mot : « *deux* » est remplacé par le mot : « *quatre* » ;
- ⑤ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « *En cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne peut être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant est fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.* » ;
- ⑦ c) À la fin du 2° du IV, les mots : « *, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II* » sont supprimés ;
- ⑧ d) Au 3° du même IV, le *b* devient le *c* et il est rétabli un *b* ainsi rédigé :
- ⑨ « *b) Soit notifié à l'intéressé un avertissement ;* »
- ⑩ 3° L'article L. 114-19 est ainsi modifié :

- ⑪ a) À l'avant-dernier alinéa, après le mot : « relevant », sont insérés les mots : « du premier alinéa » et le mot « amende » est remplacé, deux fois, par le mot « pénalité » ;
- ⑫ b) Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Le refus de déférer à une demande relevant du cinquième alinéa du présent article est puni d'une pénalité de 5 000 €. Cette pénalité s'applique pour chaque demande, dès lors que tout ou partie des documents ou renseignements sollicités n'est pas communiqué. » ;
- ⑭ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑮ 4° Au 4° de l'article L. 145-2, après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7 » ;
- ⑯ 4° bis (nouveau) À la seconde phrase du douzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, les mots : « septième et neuvième » sont remplacés par les mots : « huitième et avant-dernier » ;
- ⑰ 5° L'article L. 256-4 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Au début, les mots : « Sauf en ce qui concerne les » sont remplacés par les mots : « À l'exception des » ;
- ⑲ b) À la fin, sont ajoutés les mots : « , sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations ».

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 504 est présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 539 est présenté par M. Ravier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 504.

**Mme Laurence Cohen.** Nous proposons de supprimer cet article, dont nous ne partageons pas la philosophie. L'objectif est d'accentuer la lutte contre la fraude sociale. Cette lutte a déjà été largement renforcée au cours des dernières années. Le coût de la fraude aux différentes prestations sociales – famille, vieillesse, assurance maladie – s'élève à 672 millions d'euros par an, soit 3 % de la fraude totale. Pour rappel, selon la Délégation nationale de lutte contre la fraude, la fraude fiscale représente, quant à elle, plus de 21 milliards d'euros... Madame la ministre, vous avez parlé de gabegie : voilà une source où puiser !

Quant à la fraude patronale, elle s'élève chaque année à plus de 20 milliards d'euros. Il nous semble donc plus que regrettable que cet article ne cible que la fraude sociale, en accentuant la chasse aux fraudeurs et la répression.

Il est aussi à noter que le montant total de la fraude aux prestations sociale est bien moindre que celui des non-recours, estimé à 4 milliards d'euros. Nous ne nions pas que certaines personnes malintentionnées perçoivent des prestations auxquelles elles n'ont pas droit, mais nous savons également – le rapport du défenseur des droits rendu public en septembre dernier dénonce ce fait – que cette chasse entraîne de véritables dérives, des stigmatisations

et a des conséquences désastreuses pour certaines personnes de bonne foi. Nous reviendrons sur ce point lors de la présentation de notre prochain amendement.

Madame la ministre, vous avez insisté, à l'Assemblée nationale, sur le fait que cet article permettait également de cibler les fraudes de certains professionnels de santé, vous défendant ainsi de pratiquer une quelconque stigmatisation. Certes, mais cela n'enlève en rien au fait que cet article, en l'absence d'un article relatif à la fraude patronale, par exemple, est particulièrement orienté politiquement et ne permettra pas, en outre, de remplir davantage les caisses.

**M. le président.** L'amendement n° 539 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 504 ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame Cohen, je comprends parfaitement vos motivations. Ah, si l'on pouvait récupérer 20 milliards d'euros ! Comme nous serions heureux, de même que Mme la ministre !

**Mme Laurence Cohen.** Si l'on ne fait rien, on ne récupérera rien !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Cela faciliterait incontestablement les choses pour atteindre notre objectif, à savoir l'équilibre des comptes sociaux.

La réalité est peut-être différente : nous avons interrogé l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Cour des comptes, et les chiffres ne concordent pas, malheureusement. En tout état de cause, je ne suis absolument pas favorable à ce que l'on hiérarchise les différents types de fraude sous prétexte que les montants concernés ne sont pas du même ordre. Cet article doit donc être maintenu avec les correctifs que nous proposons. Avis défavorable.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Je tiens à rappeler que cette mesure permet aussi d'harmoniser les modalités selon lesquelles les organismes de protection sociale prononcent des avertissements.

En cas de méconnaissance involontaire des obligations déclaratives, la personne sera en effet invitée à rectifier son erreur après que l'organisme lui aura rappelé la règle applicable. Cette harmonisation, rappelée notamment par le défenseur des droits, permet ainsi de disposer d'un dispositif juridique plus souple et mieux adapté aux situations de chacun des assurés. Je suis défavorable à l'amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** J'entends les explications de Mme la ministre. Je ne les commenterai pas, mais je suis atterrée par celles de M. le rapporteur général. « Ah, si l'on pouvait récupérer 20 milliards d'euros ! » Eh bien, pourquoi ne s'en donne-t-on pas les moyens ? Depuis le début de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, c'est toujours sur ceux qui ont le moins que l'on tape, parce que c'est plus facile. Je trouve très grave que M. le rapporteur général puisse tenir de tels propos, que je ne peux en aucune façon cautionner. On peut ne pas être d'accord avec notre amendement, mais il faut raison garder !

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Vos propos me choquent, madame Cohen. Non, il ne s'agit pas de taper toujours sur ceux qui ont le moins. Personne n'est stigmatisé par cet article, il s'agit de simplement lutter contre toutes les fraudes, y compris celle des médecins.

**Mme Laurence Cohen.** Et la fraude patronale? Aucun article sur elle!

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Nous protégeons ceux qui ont le moins et qui ne fraudent pas, et c'est heureux!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 504.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 541, présenté par M. Ravier, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 147, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le 2° du VII est complété par les mots : « dans la limite de huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale » ;

II. – Alinéa 11

Remplacer les mots :

le mot : « amende » est remplacé, deux fois, par le mot : « pénalité »

par les mots :

les mots : « l'amende » sont remplacés par les mots : « la pénalité »

III. – Alinéa 13, première phrase

Remplacer le montant :

5 000

par le montant :

10 000

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je ne reviendrai pas sur les commentaires de Mme Cohen, dont je contestais simplement les chiffres : personne n'est pour la fraude, quelle qu'elle soit ; nous sommes tous pour la légalité. La lutte contre la fraude est engagée à tous les niveaux.

Outre quelques modifications rédactionnelles, le présent amendement vise à plafonner la pénalité financière en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée, conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Il a également pour objet de relever la pénalité financière dont doivent s'acquitter les destinataires du droit de communication n'ayant pas satisfait aux demandes de l'organisme concernant des personnes non identifiées.

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Monsieur le rapporteur général, vous proposez, d'une part, d'introduire un plafond égal à huit fois le plafond mensuel en cas de fraude aux prestations d'assurance maladie commise en bande organisée, et, d'autre part, de doubler la pénalité financière – elle passe-

rait de 5 000 à 10 000 euros – en cas de refus de réponse à une demande d'information formulée par un inspecteur de recouvrement.

Le Gouvernement partage bien entendu votre souhait de lutter contre la fraude, mais cet amendement pose deux difficultés.

D'une part, l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale prévoit déjà des plafonds de pénalités financières en cas de fraude. S'agissant de fraude commise en bande organisée, le plafond est de 300 % des sommes indûment remboursées, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale. L'adoption de votre amendement doublerait donc le plafond existant.

D'autre part, le dispositif du droit de communication non nominatif créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 s'inspire du dispositif prévu en matière fiscale par l'article 1734 du code général des impôts. La sanction forfaitaire est du même montant – 5 000 euros –, dans un souci d'harmonisation avec le code général des impôts.

Pour ces raisons, on peut considérer que votre amendement est déjà largement satisfait et que ses dispositions n'amélioreraient pas la cohérence et l'efficacité de la politique de lutte contre la fraude. Je vous suggère donc de le retirer ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 147 est-il maintenu ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Madame la ministre, vous évoquez pour votre part non pas un plafond, mais une pénalité proportionnée au délit constaté. Celle-ci peut donc être inférieure à ce que nous proposons, mais aussi supérieure. Nous nous interrogeons sur la constitutionnalité de ce type de dispositif. Nous maintenons l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 147.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 148, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 14

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

3° *bis* Le I de l'article L. 133-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 243-7 », sont insérés les mots : « ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime, » et, après le mot : « recouvrement », sont insérés les mots : « ou l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

b) Le second alinéa est ainsi modifié :

- après le mot : « état », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « des dispositions légales applicables à cette infraction ainsi que celles applicables à la procédure prévue au présent article. » ;

- la seconde phrase est complétée par les mots : « ou par l'agent chargé du contrôle mentionné à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime » ;

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

II. – Les dispositions du 3° *bis* du présent article sont applicables aux contrôles en cours à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Le présent amendement a pour objet de permettre aux caisses de sécurité sociale du régime agricole de mettre en œuvre, dans les mêmes conditions que les organismes de recouvrement du régime général, la procédure de saisie conservatoire prévue par le code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette procédure peut s'appliquer non seulement lorsque les constats de travail dissimulé sont dressés par les URSSAF et les autres corps de contrôle, mais également dans le cas où ces constats sont réalisés par les agents de contrôle de la Mutualité sociale agricole, la MSA. Par ailleurs, il tend à préciser les dispositions légales devant figurer dans le document informatif remis par l'agent chargé du contrôle.

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

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

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 148.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. L'amendement n° 149 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, le mot : « septième » est remplacé par le mot : « neuvième ».

La parole est à M. le rapporteur général.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

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

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 149 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président**. Je mets aux voix l'article 57, modifié.

*(L'article 57 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 57

**M. le président**. L'amendement n° 505, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le I de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Pour les faits mentionnés au I du présent article, aucune pénalité ne peut être infligée dès lors que l'intention frauduleuse n'est pas avérée. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen**. Dans le prolongement du débat que nous venons d'avoir, nous reprenons ici l'une des propositions issues du rapport de Jacques Toubon, défenseur des droits, intitulé « Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ? ».

Ce rapport fait état de nombreux témoignages de bénéficiaires de prestations sociales qui, du fait d'un oubli, d'une erreur, se sont vus privés du jour au lendemain de leurs prestations. Les conséquences financières et sociales peuvent être évidemment très graves, notamment pour des personnes déjà précarisées. La rédaction du code de la sécurité sociale n'étant pas assez claire, il nous paraît essentiel qu'il soit écrit noir sur blanc que lorsque l'intention frauduleuse n'est pas avérée, aucune pénalité ne peut être infligée.

Jacques Toubon a noté une hausse importante des réclamations à la suite d'un « durcissement de la lutte contre la fraude aux prestations sociales ». Il évoque des excès et des dérives. Nous savons que le Gouvernement prépare un projet de loi sur le droit à l'erreur, madame la ministre, mais, dans l'immédiat, nous demandons au Sénat d'adopter cet amendement pour éviter d'autres dérives.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Outre qu'il tend à introduire dans le droit positif la notion d'intention frauduleuse, qui est subjective et difficile à appréhender, ainsi que nous l'avons déjà dit en commission, cet amendement ignore les apports de l'article 57, qui permet à une commission d'émettre un avis sur le cas contentieux avant que la pénalité ne soit prononcée. Cette instance devrait fournir des garanties suffisantes pour l'établissement de l'intention frauduleuse. Je souhaiterais néanmoins connaître l'avis du Gouvernement sur ce sujet.

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

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. En fait, la notion d'intention est déjà contenue dans celle de fraude, puisque cette dernière se définit comme « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques ». Vous souhaitez que soit prise en compte l'« intention frauduleuse », madame la sénatrice. Il me semble que nous parlons de la même chose et que le texte actuel vous donne satisfaction. Dès lors, je vous suggère de retirer votre amendement, faute de quoi j'y serai défavorable.

Par ailleurs, la prochaine loi sur le droit à l'erreur permettra de rassurer complètement les usagers sur le fait que, quand il n'y a pas d'intention frauduleuse de leur part ou d'acte commis de manière intentionnelle, ils ne risquent évidemment aucune pénalité.

**M. le président**. Madame Cohen, l'amendement n° 505 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen**. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 505.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président**. L'amendement n° 540, présenté par M. Ravier, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 437 rectifié *quater*, présenté par MM. Iacovelli, Daudigny, M. Bourquin et Assouline, Mmes de la Gontrie et G. Jourda, M. Montaugé, Mme Ghali, MM. Courteau, Cabanel, Tissot, Antiste, Temal et Durain,

Mme Meunier, MM. Vaugrenard et Devinaz et Mmes Monier, Taillé-Polian, Grelet-Certenais et Espagnac, est ainsi libellé :

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement adresse au Parlement, le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, un rapport permettant de mesurer annuellement le taux de non-recours aux minima sociaux. Ce rapport présente de manière précise et détaillée une évaluation du coût économique du non-recours aux minima sociaux.

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

**M. Xavier Iacovelli.** Cet amendement s'inspire du rapport parlementaire relatif à l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux. Il vise à instaurer une mesure annuelle des taux de non-recours aux minima sociaux, en imposant au Gouvernement la publication d'un rapport sur ce thème le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

L'Observatoire des non-recours aux droits et services a dressé la typologie du phénomène du non-recours aux minima sociaux mais, aujourd'hui, nous sommes dans l'incapacité de chiffrer ce taux de non-recours. Or il est indispensable de disposer d'une information précise et détaillée sur le sujet afin de pouvoir lutter contre ce fléau.

Une prestation sociale est accessible si elle trouve son public, si la fraction de la population qu'elle a vocation à aider la perçoit. Sinon, le service social qu'elle rend et son utilité sont faibles. La persistance d'un taux élevé de non-recours 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. S'agissant des minima sociaux, l'enjeu est de taille, puisqu'ils figurent parmi les principaux outils de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion qui, *a priori*, constitue l'une des priorités du Gouvernement.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe,** *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Hormis le minimum vieillesse, qui se rattache bien au projet de loi de financement de la sécurité sociale, les minima sociaux relèvent du projet de loi de finances. J'ajoute que l'on dispose déjà de beaucoup d'informations sur les minima sociaux et le recours à ceux-ci. Cela étant, je souhaiterais connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Agnès Buzyn,** *ministre.* Monsieur le sénateur, vous avez raison, il s'agit de l'une de mes priorités : nous sommes très attachés à la lutte contre la pauvreté et souhaitons mettre en œuvre des mesures très fortes en faveur du recours aux droits.

Il existe plusieurs études sur le non-recours aux droits, notamment celles qui sont publiées régulièrement par l'Observatoire des non-recours aux droits et services, l'ODENORE. En outre, Mme Gisèle Biémouret et M. Jean-Louis Costes ont récemment présenté, au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, un rapport très complet sur l'évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux.

Pour ces raisons, demander l'élaboration d'un nouveau rapport ne nous paraît pas prioritaire. L'accès aux droits doit être amélioré au travers de la mobilisation de l'ensemble des outils existants. Ce sera l'un des objets de la négociation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, la COG, avec la Caisse nationale d'assurance maladie.

Par ailleurs, je viens de nommer un délégué interministériel à la stratégie de lutte contre la pauvreté – en particulier la pauvreté des jeunes et des enfants, mais pas seulement. L'un des axes de cette stratégie consistera en une série de mesures visant à lutter contre le non-recours aux droits.

Je pense que votre demande est globalement satisfaite et vous propose, monsieur le sénateur, de retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Iacovelli, l'amendement n° 437 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Xavier Iacovelli.** L'ODENORE dresse la typologie du phénomène de non-recours aux minima sociaux, mais ne chiffre pas le taux de non-recours. C'est la raison pour laquelle je maintiens mon amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 437 rectifié *quater*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 506, présenté par Mme Cohen, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 57

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Nous proposons que, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

On nous a affirmé qu'il n'était pas question de stigmatiser quiconque, mais ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne comporte aucun article relatif la fraude patronale aux cotisations sociales : adopter cet amendement permettrait de combler cette lacune, sachant que, en tant que parlementaires, nous ne pouvons faire davantage que demander la remise d'un rapport.

Je rappelle que, dans un rapport de 2013, la Cour des comptes estimait la fraude patronale aux cotisations sociales à 20 milliards d'euros. Parallèlement, la somme récupérée à la suite des interventions des agents de contrôle des URSSAF s'établit à 1,5 milliard d'euros, d'après le rapport d'activité pour 2016 de l'ACOSS. Sur cette somme, 555 millions d'euros sont recouverts au titre du travail dissimulé.

La présente demande de rapport vise à ce que nous puissions disposer d'une évaluation plus récente du montant de la fraude patronale aux cotisations sociales et de recommandations pour mieux lutter contre ce type de fraude. C'est une question d'équité : il faut poursuivre tous les fraudeurs, madame la ministre !

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Je suis d'accord avec la conclusion de Mme Cohen. Il faut en effet poursuivre les fraudeurs, mais encore faut-il les connaître.

**Mme Laurence Cohen**. Il suffit de s'en donner les moyens !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Ce n'est pas d'un rapport dont on a besoin, mais d'agents de contrôle des URSSAF.

**Mme Laurence Cohen**. Je ne peux rien faire d'autre que demander un rapport, à cause de l'article 40 !

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe**, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Un récent rapport de la MECSS élaboré par nos collègues Anne Emery-Dumas et Agnès Canayer préconisait d'ailleurs d'augmenter fortement les effectifs du corps de contrôle et le nombre d'opérations de contrôle pour lutter contre la fraude. On ne peut évidemment qu'être d'accord sur ce principe. Élaborer un rapport de plus ne me paraît pas nécessaire.

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

**Mme Agnès Buzyn**, *ministre*. Vous avez raison, madame la sénatrice, il s'agit d'un vrai sujet, mais de nombreux travaux sur le sujet ont déjà été menés, notamment par la MECSS. En juin 2017, une évaluation objective et très précise a également été réalisée par les organismes sociaux sous l'égide du Conseil national de l'information statistique. À l'issue de ces travaux, sans doute les plus précis et les plus sérieux qui aient été conduits sur le sujet à ce jour, l'ACOSS a estimé que le montant de la fraude aux cotisations sociales était compris entre 6,1 milliards et 7,4 milliards d'euros environ.

Vous avez donc complètement raison, madame Cohen : c'est un enjeu d'équité, de préservation de notre système de sécurité sociale. Aussi le Gouvernement fera-t-il de la lutte contre la fraude sociale l'une de ses priorités. Ce sera notamment l'un des principaux axes de la COG qui est en cours de négociation avec l'ACOSS. Le Gouvernement s'engage à mener une lutte drastique contre les fraudeurs. L'avis est défavorable.

**M. le président**. Madame Cohen, l'amendement n° 506 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen**. Oui, je le maintiens, monsieur le président. Il est extrêmement important d'affirmer le principe d'une lutte contre tous les fraudeurs.

Monsieur le rapporteur général, en tant que sénatrice, je ne dispose pas d'autre moyen d'action que de demander un rapport. C'est dommage, car j'aurais bien d'autres propositions à faire et bien d'autres idées à soumettre au Gouvernement pour poursuivre les employeurs qui fraudent la sécurité sociale.

J'ai l'impression que l'on m'accorde une petite écoute sur ce sujet. Nous verrons si elle débouchera sur des mesures concrètes dans les semaines à venir. Pour l'heure, je maintiens mon amendement, car il n'est tout de même pas normal que rien dans ce PLFSS ne témoigne d'une volonté de poursuivre la fraude patronale.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 506.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président**. Les amendements n°s 543 et 542, présentés par M. Ravier, ne sont pas soutenus.

Avant de mettre aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, je donne la parole à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny**. J'exprimerai la position, non pas de la totalité, mais d'une large majorité des membres du groupe socialiste et républicain.

Nous aurions des raisons de voter contre cette quatrième partie : le tiers payant demeure généralisable, alors que nous aurions souhaité qu'il soit généralisé, certains amendements auraient pu connaître un meilleur sort, en particulier celui, voté hier, relatif aux pensions de retraite agricoles.

Nous prenons acte de corrections apportées sur des points sur lesquels nous étions en profond désaccord. Je pense en particulier aux dispositions concernant la PAJE, ainsi qu'au rejet de l'amendement visant à la suppression du pécule pour les jeunes.

Madame la ministre, nous saluons les articles 34, 35 et 36. Dans le prolongement de la politique menée ces dernières années, nous pensons que la mise en œuvre des dispositifs de ces articles pourrait permettre à notre système de santé de progresser en termes de qualité, d'accès aux soins sur l'ensemble des territoires, grâce au recours aux techniques modernes de télémédecine.

En conclusion, nous nous abstenons.

**M. le président**. La parole est à Mme Marie-Noëlle Lienemann, pour explication de vote.

**Mme Marie-Noëlle Lienemann**. Je fais partie de quelques membres du groupe socialiste et républicain qui voteront contre la quatrième partie de ce PLFSS.

Madame la ministre, vous nous expliquez qu'accroître l'endettement de la France, c'est tirer des traites sur les générations futures, et qu'il nous faut penser à nos enfants. Soyez convaincue que je pense à eux ! Depuis des années, on nous explique que les politiques d'austérité, les politiques libérales sont nécessaires pour préserver nos enfants et limiter l'endettement. Or je constate que, en France et plus largement en Europe, l'endettement s'accroît et le taux de croissance est inférieur en moyenne à ce qu'il est dans les autres grands pays développés.

Ce n'est pas le moment d'entamer un débat sur les grands choix économiques du pays, mais j'ai personnellement toujours plaidé pour des politiques de relance concertées et ciblées. Cela étant, même si l'on devait accepter vos présupposés, ce n'est pas l'hôpital public, la santé qui doivent trinquer au moment de faire des arbitrages ! Or c'est ce qui se passe depuis trop longtemps et, aujourd'hui, nous avons atteint un niveau insupportable de déséquilibre !

Alors, j'entends bien : demain, on rase gratis ! Demain, on va déployer la télémédecine : très bien, j'approuve ! Demain, on va structurer les parcours de soins de façon plus intelligente : bravo, on verra ! Demain, on va améliorer l'efficacité de toute une série de dispositifs : bravo, très bien, je verrai ! Mais que fait-on aujourd'hui, ici et maintenant ? On ne pourra pas mener ces réformes dans le climat actuel de tension qui s'est instauré au sein de l'hôpital public.

Les économies que vous annoncez, madame la ministre, c'est pour demain. En revanche, quand il s'agit de lutter contre la fraude et de récupérer des recettes ou d'en trouver de nouvelles, vous nous dites qu'il faut attendre !

**M. le président**. Il faut conclure, ma chère collègue !

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** Il existe trop de déséquilibres et de problèmes dans le secteur de la santé. Par conséquent, je voterai contre la quatrième partie de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Madame la ministre, avec un ONDAM porté à 2,3 %, un objectif affiché d'équilibrer les comptes de la sécurité sociale en 2020 et de rembourser la dette sociale en 2024 sans aggraver ni la dette de 2 200 milliards d'euros de l'État ni celle de 130 milliards d'euros de la CADES, c'est un projet de budget de renouveau pour la santé et d'espoir pour les territoires que vous nous proposez : je suis fier de le soutenir !

Il vous permet de mieux soutenir les familles, notamment monoparentales, d'augmenter les retraites et l'AAH, d'améliorer la prise en charge des maladies professionnelles. Le secteur médico-social n'est pas en reste avec la hausse du nombre de lits en EHPAD et la création de postes d'infirmière de nuit, mesure vraiment très importante. Je citerai également le quatrième plan Autisme. La généralisation du tiers payant était totalement inapplicable, et il était logique de la reporter. Je salue l'effort de prévention que constitue l'extension de l'obligation vaccinale, le développement de l'innovation expérimentale dans le système de santé, du recours à la télémédecine et aux outils numériques, le renforcement de la pertinence et de la qualité des soins, ainsi que la construction de projets à l'échelon du territoire.

Les sénateurs de notre groupe seront fiers de voter cette quatrième partie.

**M. le président.** La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

**M. Martin Lévrier.** Cette quatrième partie est particulièrement riche, notamment en améliorations.

Je suis heureux que toutes ces problématiques aient été posées et abordées. Au cours de cette discussion, des dispositifs forts, essentiels, qui font quasiment consensus dans cet hémicycle, ont été votés. Je tiens à en évoquer deux.

En ce qui concerne tout d'abord l'obligation vaccinale, nous ne le répéterons jamais assez : se protéger, c'est aussi être altruiste en protégeant les autres, en songeant au bien-être de tous et de toutes. La vaccination relève de la solidarité, d'une prise de conscience collective. La prévention est essentielle. À une époque où les *fake news* deviennent elles aussi contagieuses, nous devons tous sensibiliser et expliquer.

En ce qui concerne ensuite l'innovation, la mise en place de parcours de soins, le développement de la télémédecine sont autant d'avancées essentielles pour lutter contre les déserts médicaux. Je me permets de reprendre la phrase prononcée par le sénateur Savary hier soir : « Madame la ministre, je pense que vous avez tout compris. » Je tiens à dire que l'ensemble des membres du groupe de la République En Marche s'associe à ces propos, notre mot d'ordre étant « libérer et protéger » !

Malheureusement, l'article 26 a été supprimé. Madame la ministre, je souscris pleinement à vos propos concernant la lutte contre la pauvreté des enfants, qui s'étend dans notre pays. Nous ne pouvons tolérer que, en France, cette catégorie de la population soit victime de la pauvreté. Je salue votre action dans ce domaine, ainsi que votre engagement en faveur des familles monoparentales les plus démunies, toujours aussi nombreuses.

Toutes les familles ont leurs difficultés, c'est pourquoi je souhaite tout comme vous, madame la ministre, que soit lancée une grande réflexion sur la branche famille. Je regrette que le Sénat ne s'inscrive pas dans la même démarche. Pour cette raison, le groupe LREM votera contre la quatrième partie.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Le groupe communiste républicain citoyen et écologiste ne votera pas la quatrième partie. Une fois de plus, comme durant le précédent quinquennat, on fixe l'ONDAM à un niveau trop faible et on décide des réductions de dépenses qui pèsent sur les établissements de santé, notamment sur l'hôpital, alors qu'il serait possible de dégager des recettes pour répondre aux besoins en matière de santé et améliorer les soins. Bien sûr, cela passe également par des efforts de recherche, le développement de moyens innovants, mais, à cet égard, je crains fort que les annonces et les déclarations de Mme la ministre ne restent lettre morte, compte tenu des contraintes budgétaires.

Dans nos départements, les personnels hospitaliers, dont le dévouement se manifeste tant au quotidien qu'à l'occasion des catastrophes, expriment un énorme ras-le-bol, qui glace le sang ! Les budgets alloués à l'hôpital sont tristement, dramatiquement faibles. À un moment donné, au-delà des discours, il faut débloquer de l'argent ! Or les choix politiques qui sont faits au travers de ce PLFSS, qui prolonge et amplifie les précédents, contre lesquels je m'étais déjà élevée, ne vont pas dans ce sens. Cela m'inquiète beaucoup.

La position de mon groupe ne relève pas d'un *a priori* : si d'autres choix étaient faits, si une volonté politique se manifestait d'aller chercher l'argent là où il est, je n'adopterais pas la même attitude.

Enfin, on a malheureusement très peu parlé des urgences médicales, qui sont près d'exploser.

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Je ne peux qu'inviter le Sénat à voter la quatrième partie, qui nous semble largement répondre aux attentes que la commission avait formulées.

Madame la ministre, je vous remercie de la grande disponibilité et de la qualité d'écoute dont vous faites preuve depuis lundi. Votre sens du dialogue a permis un débat nourri, de très haute qualité, qui s'est tenu dans un climat de grande courtoisie. Il importe que nous puissions continuer à entretenir cette qualité d'échange au Sénat. Je remercie également vos services, madame la ministre, de leur disponibilité à notre égard lors de la phrase préparatoire à l'examen de ce projet de loi.

Mes remerciements vont aussi, naturellement, aux très nombreux sénateurs qui ont pris part à ces débats, et plus particulièrement à ceux d'entre nous qui sont encore là ce soir...

**M. Yves Daudigny.** Ce sont les meilleurs ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Certainement, mon cher collègue !

J'espère que cet excellent climat de dialogue perdurera lors de l'examen du projet de loi de finances et des nombreux projets de loi dont la commission des affaires sociales aura à se saisir.

Enfin, je vous remercie, monsieur le président, de votre conduite tonique des débats, qui nous permet de ne pas achever cette discussion à une heure trop tardive!

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

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, permettez-moi, à mon tour, de vous remercier de la qualité de ces débats, qui ont été très enrichissants pour moi. J'ai pris énormément de plaisir à échanger avec vous. Vos amendements étaient d'une haute technicité et d'une grande pertinence. Je vous propose de nous retrouver tous après le vote pour un rafraîchissement! (*Sourires.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

**M. le président.** Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 27 :

Nombre de votants .....	340
Nombre de suffrages exprimés .....	263
Pour l'adoption .....	226
Contre .....	37

Le Sénat a adopté.

Nous avons achevé l'examen des articles de ce texte.

Je vous rappelle que les explications de vote sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et le vote par scrutin public se dérouleront mardi 21 novembre.

4

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mardi 21 novembre 2017 :

À neuf heures trente : vingt-six questions orales.

À quinze heures : explications de vote des groupes sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2018.

De seize heures à seize heures trente : vote solennel par scrutin public sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce scrutin sera organisé en salle des conférences, avec la possibilité d'une seule délégation de vote par sénateur.

À seize heures trente :

Proclamation du résultat du scrutin public solennel sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Débat sur l'avenir de l'Institut français.

À dix-huit heures trente : débat sur le thème « Politique de la ville : une réforme bien engagée mais fragilisée par un manque de moyens ».

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(*La séance est levée à dix-neuf heures trente.*)

*Direction des comptes rendus*

GISÈLE GODARD

# ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

## de la séance

### du vendredi 17 novembre 2017

#### SCRUTIN N° 25

*sur l'article 44 bis du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :*

Nombre de votants .....	341
Suffrages exprimés .....	340
Pour .....	232
Contre .....	108

Le Sénat a adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE LES RÉPUBLICAINS (145) :

*Pour* : 143

*N'ont pas pris part au vote* : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance

##### GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (78) :

*Contre* : 78

##### GRUPE UNION CENTRISTE (49) :

*Pour* : 49

##### GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (21) :

*Pour* : 21

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (21) :

*Pour* : 5 M. Stéphane Artano, Mme Nathalie Delattre, M. Jean-Marc Gabout, Mme Véronique Guillotin, M. Franck Menonville

*Contre* : 15

*Abstention* : 1 M. Jean-Claude Requier

##### GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (15) :

*Contre* : 15

##### GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (11) :

*Pour* : 11

##### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (5) :

*Pour* : 3

*N'ont pas pris part au vote* : 2 Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier

#### Ont voté pour :

<p>Philippe Adnot Pascal Allizard Michel Amiel Stéphane Artano Serge Babary Jean-Pierre Bansard Julien Bargeton Philippe Bas Arnaud Bazin Arnaud de Belenet Martine Berthet Anne-Marie Bertrand Jérôme Bignon Annick Billon Jean Bizet Jean-Marie Bockel Christine Bonfanti-Dossat François Bonhomme Bernard Bonne Philippe Bonnacarrère Pascale Bories Gilbert Bouchet Céline Boulay-Espéronnier Jean-Marc Boyer Max Brisson Marie-Thérèse Bruguère François-Noël Buffet Olivier Cadic François Calvet Christian Cambon Agnès Canayer Michel Canevet Vincent Capocanellas Emmanuel Capus Jean-Noël Cardoux Jean-Claude Carle Alain Cazabonne Bernard Cazeau Anne Chain-Larché Patrick Chaize Pierre Charon Daniel Chasseing Alain Chatillon Marie-Christine Chauvin Guillaume Chevrollier Marta de Cidrac Olivier Cigolotti Gérard Cornu Édouard Courtial Pierre Cuypers René Danesi</p>	<p>Laure Darcos Mathieu Darnaude Marc-Philippe Daubresse Jean-Pierre Decool Robert del Picchia Vincent Delahaye Nathalie Delattre Bernard Delcros Annie Delmont-Koropoulis Michel Denneumont Gérard Dériot Catherine Deroche Jacky Deromedi Chantal Deseyne Yves Détraigne Catherine Di Folco Nassimah Dindar Élisabeth Doineau Philippe Dominati Daniel Dubois Alain Dufaut Catherine Dumas Laurent Duplomb Nicole Duranton Jean-Paul Émorine Dominique Estrosi Sassone Jacqueline Eustache-Brinio Françoise Férat Michel Forissier Alain Fouché Bernard Fournier Catherine Fournier Christophe-André Frassa Pierre Frogier Jean-Marc Gabout Joëlle Garriaud-Maylam Françoise Gatel André Gattolin Jacques Genest Frédérique Gerbaud Bruno Gilles Jordi Ginesta Colette Giudicelli Nathalie Goulet Sylvie Goy-Chavent Jean-Pierre Grand Daniel Gremillet François Grosdidier Jacques Groperrin Pascale Gruny</p>	<p>Charles Guené Joël Guerriau Jocelyne Guidez Véronique Guillotin Abdallah Hassani Claude Haut Olivier Henno Loïc Hervé Christine Herzog Alain Houpert Jean-Raymond Hugonet Benoît Huré Jean-François Husson Corinne Imbert Jean-Marie Janssens Sophie Joissains Muriel Jourda Alain Joyandet Antoine Karam Roger Karoutchi Fabienne Keller Guy-Dominique Kennel Claude Kern Laurent Lafon Jean-Louis Lagourgue Marc Laménie Élisabeth Lamure Christine Lanfranchi Dorgal Florence Lassarade Robert Laufoaulu Michel Laugier Daniel Laurent Nuihau Laurey Christine Lavarde Ronan Le Gleut Jacques Le Nay Nadège Lefebvre Antoine Lefèvre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Sébastien Leroux Henri Leroy Valérie Létard Martin Lévrier Brigitte Lherbier Anne-Catherine Loisier Jean-François Longeot Gérard Longuet Vivette Lopez Pierre Louault Jean-Claude Luche Michel Magras</p>
---	---	--

Viviane Malet  
Claude Malhuret  
Didier Mandelli  
Alain Marc  
Frédéric Marchand  
Hervé Marseille  
Jean Louis Masson  
Hervé Maurey  
Jean-François Mayet  
Pierre Médevielle  
Colette Mélot  
Franck Menonville  
Marie Mercier  
Sébastien Meurant  
Brigitte Micouleau  
Alain Milon  
Jean-Marie Mizzon  
Jean-Pierre Moga  
Thani Mohamed  
Soilihi  
Albéric de Montgolfier  
Patricia Morhet-  
Richaud  
Catherine Morin-  
Desailly  
Jean-Marie Morisset  
Philippe Mouiller  
Philippe Nachbar  
Robert Navarro

Louis-Jean de Nicolay  
Claude Nougé  
Olivier Paccaud  
Jean-Jacques Panunzi  
Georges Patient  
François Patriat  
Philippe Paul  
Cyril Pellevat  
Philippe Pemezec  
Cédric Perrin  
Stéphane Piednoir  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Gérard Poadja  
Rémy Pointereau  
Ladislas Poniatowski  
Sophie Primas  
Jean-Paul Prince  
Christophe Priou  
Catherine Procaccia  
Sonia de la Provôté  
Frédérique Puissat  
Isabelle Raimond-  
Pavero  
Michel Raison  
Didier Rambaud  
Jean-François Rapin  
Noëlle Rauscent  
André Reichardt

Évelyne Renaud-  
Garabedian  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Alain Richard  
Denise Saint-Pé  
Hugues Saury  
René-Paul Savary  
Michel Savin  
Patricia Schillinger  
Alain Schmitz  
Bruno Sido  
Jean Sol  
Nadia Sollogoub  
Lana Tetuanui  
Dominique Théophile  
Claudine Thomas  
Catherine Troendlé  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
Michel Vaspert  
Sylvie Vermeillet  
Jean-Pierre Vial  
Jean Pierre Vogel  
Michèle Vullien  
Dany Wattebled  
Richard Yung

**Ont voté contre :**

Maurice Antiste  
Guillaume Arnell  
Viviane Artigalas  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Esther Benbassa  
Claude Bérit-Débat  
Alain Bertrand  
Jacques Bigot  
Joël Bigot  
Maryvonne Blondin  
Éric Bocquet  
Nicole Bonnefoy  
Yannick Botrel  
Martial Bourquin  
Michel Boutant  
Henri Cabanel  
Thierry Carcenac  
Maryse Carrère  
Françoise Cartron  
Joseph Castelli  
Laurence Cohen  
Yvon Collin  
Pierre-Yves Collombat  
Catherine Conconne  
Hélène Conway-  
Mouret  
Jean-Pierre Corbisez  
Josiane Costes  
Roland Courteau  
Cécile Cukierman  
Michel Dagbert  
Ronan Dantec  
Yves Daudigny  
Marc Daunis  
Gilbert-Luc Devinaz  
Jérôme Durain  
Alain Duran  
Vincent Éblé

Frédérique Espagnac  
Rémi Féraud  
Corinne Féret  
Jean-Luc Fichet  
Martine Filleul  
Thierry Foucaud  
Fabien Gay  
Samia Ghali  
Éric Gold  
Guillaume Gontard  
Marie-Pierre de la  
Gontrie  
Michelle Gréaume  
Nadine Grelet-  
Certenais  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Annie Guillemot  
Laurence Harribey  
Jean-Michel  
Houllegatte  
Xavier Iacovelli  
Olivier Jacquin  
Victoire Jasmin  
Éric Jeansannetas  
Patrice Joly  
Bernard Jomier  
Gisèle Jourda  
Mireille Jouve  
Patrick Kanner  
Éric Kerrouche  
Joël Labbé  
Françoise Laborde  
Bernard Lalande  
Pierre Laurent  
Jean-Yves Leconte  
Olivier Léonhardt  
Claudine Lepage

Marie-Noëlle  
Lienemann  
Jean-Jacques Lozach  
Monique Lubin  
Victorin Lurel  
Philippe Madrelle  
Jacques-Bernard  
Magner  
Christian Manable  
Didier Marie  
Rachel Mazuir  
Michelle Meunier  
Marie-Pierre Monier  
Franck Montaugé  
Pierre Ouzoulias  
Marie-Françoise Perol-  
Dumont  
Angèle Préville  
Christine Prunaud  
Claude Raynal  
Sylvie Robert  
Gilbert Roger  
Laurence Rossignol  
Jean-Yves Roux  
Pascal Savoldelli  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Sophie Taillé-Polian  
Rachid Temal  
Jean-Claude Tissot  
Nelly Tocqueville  
Jean-Marc Todeschini  
Jean-Louis Tourenne  
Raymond Vall  
André Vallini  
Sabine Van Heghe  
Yannick Vaugrenard  
Dominique Watrin

**Abstention :**

Jean-Claude Requier.

**N'ont pas pris part au vote :**

Claudine Kauffmann, Stéphane Ravier.

**N'ont pas pris part au vote :**

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	342
Nombre des suffrages exprimés .....	341
Pour l'adoption .....	233
Contre .....	108

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

**SCRUTIN N° 26**

sur l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants .....	341
Suffrages exprimés .....	264
Pour .....	248
Contre .....	16

Le Sénat a adopté

**ANALYSE DU SCRUTIN****GRUPE LES RÉPUBLICAINS (145) :**

Pour : 143

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance

**GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (78) :**

Contre : 1 Mme Marie-Noëlle Lienemann

Abstention : 77

**GRUPE UNION CENTRISTE (49) :**

Pour : 49

**GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (21) :**

Pour : 21

**GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (21) :**

Pour : 21

**GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (15) :**

Contre : 15

**GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (11) :**

Pour : 11

**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (5) :**

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 2 Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier

**Ont voté pour :**

Philippe Adnot  
 Pascal Allizard  
 Michel Amiel  
 Guillaume Arnell  
 Stéphane Artano  
 Serge Babary  
 Jean-Pierre Bansard  
 Julien Bargeton  
 Philippe Bas  
 Arnaud Bazin  
 Arnaud de Belenet  
 Martine Berthet  
 Alain Bertrand  
 Anne-Marie Bertrand  
 Jérôme Bignon  
 Annick Billon  
 Jean Bizet  
 Jean-Marie Bockel  
 Christine Bonfanti-Dossat  
 François Bonhomme  
 Bernard Bonne  
 Philippe Bonnacerrère  
 Pascale Bories  
 Gilbert Bouchet  
 Céline Boulay-Espéronnier  
 Jean-Marc Boyer  
 Max Brisson  
 Marie-Thérèse Bruguière  
 François-Noël Buffet  
 Olivier Cadic  
 François Calvet  
 Christian Cambon  
 Agnès Canayer  
 Michel Canevet  
 Vincent Capocanellas  
 Emmanuel Capus  
 Jean-Noël Cardoux  
 Jean-Claude Carle  
 Maryse Carrère  
 Joseph Castelli  
 Alain Cazabonne  
 Bernard Cazeau  
 Anne Chain-Larché  
 Patrick Chaize  
 Pierre Charon  
 Daniel Chasseing  
 Alain Chatillon  
 Marie-Christine Chauvin  
 Guillaume Chevrollier  
 Marta de Cidrac  
 Olivier Cigolotti  
 Yvon Collin  
 Jean-Pierre Corbisez  
 Gérard Cornu  
 Josiane Costes  
 Édouard Courtial  
 Pierre Cuypers  
 René Danesi  
 Ronan Dantec  
 Laure Darcos  
 Mathieu Darnaud  
 Marc-Philippe Daubresse  
 Jean-Pierre Decool  
 Robert del Picchia  
 Vincent Delahaye  
 Nathalie Delattre  
 Bernard Delcros  
 Annie Delmont-Koropoulis  
 Michel Dennemont  
 Gérard Dériot

Catherine Deroche  
 Jacky Deromedi  
 Chantal Deseyne  
 Yves Détraigne  
 Catherine Di Folco  
 Nassimah Dindar  
 Élisabeth Doineau  
 Philippe Dominati  
 Daniel Dubois  
 Alain Dufaut  
 Catherine Dumas  
 Laurent Duplomb  
 Nicole Duranton  
 Jean-Paul Émorine  
 Dominique Estrosi Sassone  
 Jacqueline Eustache-Brinio  
 Françoise Férat  
 Michel Forissier  
 Alain Fouché  
 Bernard Fournier  
 Catherine Fournier  
 Christophe-André Frassa  
 Pierre Frogier  
 Jean-Marc Gabouty  
 Joëlle Garriaud-Maylam  
 Françoise Gatel  
 André Gattolin  
 Jacques Genest  
 Frédérique Gerbaud  
 Bruno Gilles  
 Jordi Ginesta  
 Colette Giudicelli  
 Éric Gold  
 Nathalie Goulet  
 Sylvie Goy-Chavent  
 Jean-Pierre Grand  
 Daniel Gremillet  
 François Grosdidier  
 Jacques Groperrin  
 Pascale Gruny  
 Charles Guené  
 Jean-Noël Guérini  
 Joël Guerriau  
 Jocelyne Guidez  
 Véronique Guillotin  
 Abdallah Hassani  
 Claude Haut  
 Olivier Henno  
 Loïc Hervé  
 Christine Herzog  
 Alain Houpert  
 Jean-Raymond Hugonet  
 Benoît Huré  
 Jean-François Husson  
 Corinne Imbert  
 Jean-Marie Janssens  
 Sophie Joissains  
 Muriel Jourda  
 Mireille Jouve  
 Alain Joyandet  
 Antoine Karam  
 Roger Karoutchi  
 Fabienne Keller  
 Guy-Dominique Kennel  
 Claude Kern  
 Joël Labbé  
 Françoise Laborde  
 Laurent Lafon  
 Jean-Louis Lagourgue  
 Marc Laménié  
 Élisabeth Lamure

Christine Lanfranchi Dorgal  
 Florence Lassarade  
 Robert Lafoaulu  
 Michel Laugier  
 Daniel Laurent  
 Nuihau Laurey  
 Christine Lavarde  
 Ronan Le Gleut  
 Jacques Le Nay  
 Nadège Lefebvre  
 Antoine Lefèvre  
 Dominique de Legge  
 Jean-Pierre Leleux  
 Olivier Léonhardt  
 Sébastien Leroux  
 Henri Leroy  
 Valérie Létard  
 Martin Lévrier  
 Brigitte Lherbier  
 Anne-Catherine Loisier  
 Jean-François Longeot  
 Gérard Longuet  
 Vivette Lopez  
 Pierre Louault  
 Jean-Claude Luche  
 Michel Magras  
 Viviane Malet  
 Claude Malhuret  
 Didier Mandelli  
 Alain Marc  
 Frédéric Marchand  
 Hervé Marseille  
 Jean Louis Masson  
 Hervé Maury  
 Jean-François Mayet  
 Pierre Médevielle  
 Colette Mélot  
 Franck Menonville  
 Marie Mercier  
 Sébastien Meurant  
 Brigitte Micouleau  
 Alain Milon  
 Jean-Marie Mizzon  
 Jean-Pierre Moga  
 Thani Mohamed Soilihi  
 Albéric de Montgolfier  
 Patricia Morhet-Richaud  
 Catherine Morin-Desailly  
 Jean-Marie Morisset  
 Philippe Mouiller  
 Philippe Nachbar  
 Robert Navarro  
 Louis-Jean de Nicolaj  
 Claudé Nougéin  
 Olivier Paccaud  
 Jean-Jacques Panunzi  
 Georges Patient  
 François Patriat  
 Philippe Paul  
 Cyril Pellevat  
 Philippe Pemezec  
 Cédric Perrin  
 Stéphane Piednoir  
 Jackie Pierre  
 François Pillet  
 Gérard Poadja  
 Rémy Pointereau  
 Ladislav Poniatowski  
 Sophie Primas  
 Jean-Paul Prince  
 Christophe Priou  
 Catherine Procaccia

Sonia de la Provôté  
 Frédérique Puissant  
 Isabelle Raimond-Pavero  
 Michel Raison  
 Didier Rambaud  
 Jean-François Rapin  
 Noëlle Rauscent  
 André Reichardt  
 Évelyne Renaud-Garabedian  
 Jean-Claude Requier  
 Bruno Retailleau

Charles Revet  
 Alain Richard  
 Denise Saint-Pé  
 Hugues Saury  
 René-Paul Savary  
 Michel Savin  
 Patricia Schillinger  
 Alain Schmitz  
 Bruno Sido  
 Jean Sol  
 Nadia Sollogoub  
 Lana Tetuanui  
 Dominique Théophile

Claudine Thomas  
 Catherine Troendlé  
 Raymond Vall  
 Jean-Marie Vanlerenberghe  
 Michel Vaspert  
 Sylvie Vermeillet  
 Jean-Pierre Vial  
 Jean Pierre Vogel  
 Michèle Vullien  
 Dany Wattebled  
 Richard Yung

**Ont voté contre :**

Éliane Assasi  
 Esther Benbassa  
 Éric Bocquet  
 Laurence Cohen  
 Pierre-Yves Collombat  
 Cécile Cukierman

Thierry Foucaud  
 Fabien Gay  
 Guillaume Gontard  
 Michelle Gréaume  
 Pierre Laurent

Marie-Noëlle Lienemann  
 Pierre Ouzoulias  
 Christine Prunaud  
 Pascal Savoldelli  
 Dominique Watrin

**Abstentions :**

Maurice Antiste  
 Viviane Artigalas  
 David Assouline  
 Claude Bérit-Débat  
 Jacques Bigot  
 Joël Bigot  
 Maryvonne Blondin  
 Nicole Bonnefoy  
 Yannick Botrel  
 Martial Bourquin  
 Michel Boutant  
 Henri Cabanel  
 Thierry Carcenac  
 Françoise Cartron  
 Catherine Conconne  
 Hélène Conway-Mouret  
 Roland Courteau  
 Michel Dagbert  
 Yves Daudigny  
 Marc Daunis  
 Gilbert-Luc Devinaz  
 Jérôme Durain  
 Alain Duran  
 Vincent Éblé  
 Frédérique Espagnac  
 Rémi Féraud  
 Corinne Féret

Jean-Luc Fichet  
 Martine Filleul  
 Samia Ghali  
 Marie-Pierre de la Gontrie  
 Nadine Grelet-Certenais  
 Didier Guillaume  
 Annie Guillemot  
 Laurence Harribey  
 Jean-Michel Houlegatte  
 Xavier Iacovelli  
 Olivier Jacquin  
 Victoire Jasmin  
 Éric Jeansannetas  
 Patrice Joly  
 Bernard Jomier  
 Gisèle Jourda  
 Patrick Kanner  
 Éric Kerrouche  
 Bernard Lalande  
 Jean-Yves Leconte  
 Claudine Lepage  
 Jean-Jacques Lozach  
 Monique Lubin  
 Victorin Lurel  
 Philippe Madrelle

Jacques-Bernard Magner  
 Christian Manable  
 Didier Marie  
 Rachel Mazuir  
 Michelle Meunier  
 Marie-Pierre Monier  
 Franck Montaugé  
 Marie-Françoise Peroldumont  
 Angèle Prévile  
 Claude Raynal  
 Sylvie Robert  
 Gilbert Roger  
 Laurence Rossignol  
 Jean-Yves Roux  
 Jean-Pierre Sueur  
 Simon Sutour  
 Sophie Taillé-Polian  
 Rachid Temal  
 Jean-Claude Tissot  
 Nelly Tocqueville  
 Jean-Marc Todeschini  
 Jean-Louis Tourenne  
 André Vallini  
 Sabine Van Heghe  
 Yannick Vaugrenard

**N'ont pas pris part au vote :**

Claudine Kauffmann, Stéphane Ravier.

**N'ont pas pris part au vote :**

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

**SCRUTIN N° 27**

sur la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants .....	341
Suffrages exprimés .....	264
Pour .....	227
Contre .....	37

Le Sénat a adopté

## ANALYSE DU SCRUTIN

## GROUPE LES RÉPUBLICAINS (145) :

*Pour* : 143

*N'ont pas pris part au vote* : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance

## GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (78) :

*Contre* : 1 Mme Marie-Noëlle Lienemann

*Abstention* : 77

## GROUPE UNION CENTRISTE (49) :

*Pour* : 49

## GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (21) :

*Contre* : 21

## GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (21) :

*Pour* : 21

## GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (15) :

*Contre* : 15

## GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (11) :

*Pour* : 11

## RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (5) :

*Pour* : 3

*N'ont pas pris part au vote* : 2 Mme Claudine Kauffmann, M. Stéphane Ravier

## Ont voté pour :

Philippe Adnot  
Pascal Allizard  
Guillaume Arnell  
Stéphane Artano  
Serge Babary  
Jean-Pierre Bansard  
Philippe Bas  
Arnaud Bazin  
Martine Berther  
Alain Bertrand  
Anne-Marie Bertrand  
Jérôme Bignon  
Annick Billon  
Jean Bizet  
Jean-Marie Bockel  
Christine Bonfanti-Dossat  
François Bonhomme  
Bernard Bonne  
Philippe Bonhecarrère  
Pascale Bories  
Gilbert Bouchet  
Céline Boulay-Espéronnier  
Jean-Marc Boyer  
Max Brisson  
Marie-Thérèse Brugières  
François-Noël Buffet  
Olivier Cadic  
François Calvet  
Christian Cambon  
Agnès Canayer  
Michel Canevet

Vincent Capo-Canellas  
Emmanuel Capus  
Jean-Noël Cardoux  
Jean-Claude Carle  
Maryse Carrère  
Joseph Castelli  
Alain Cazabonne  
Anne Chain-Larché  
Patrick Chaize  
Pierre Charon  
Daniel Chasseing  
Alain Chatillon  
Marie-Christine Chauvin  
Guillaume Chevrollier  
Marta de Cidrac  
Olivier Cigolotti  
Yvon Collin  
Jean-Pierre Corbisez  
Gérard Cornu  
Josiane Costes  
Édouard Courtial  
Pierre Cuypers  
René Danesi  
Roman Dantec  
Laure Darcos  
Mathieu Darnaud  
Marc-Philippe Daubresse  
Jean-Pierre Decool  
Robert del Picchia  
Vincent Delahaye  
Nathalie Delattre  
Bernard Delcros

Annie Delmont-Koropoulis  
Gérard Dériot  
Catherine Deroche  
Jacky Deromedi  
Chantal Deseyne  
Yves Détraigne  
Catherine Di Folco  
Nassimah Dindar  
Élisabeth Doineau  
Philippe Dominati  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
Catherine Dumas  
Laurent Duplomb  
Nicole Duranton  
Jean-Paul Émorine  
Dominique Estrosi Sassone  
Jacqueline Eustache-Brinio  
Françoise Férat  
Michel Forissier  
Alain Fouché  
Bernard Fournier  
Catherine Fournier  
Christophe-André Frassa  
Pierre Frogier  
Jean-Marc Gabouty  
Joëlle Garriaud-Maylam  
Françoise Gatel  
Jacques Genest  
Frédérique Gerbaud

Bruno Gilles  
Jordi Ginesta  
Colette Giudicelli  
Éric Gold  
Nathalie Goulet  
Sylvie Goy-Chavent  
Jean-Pierre Grand  
Daniel Gremillet  
François Grosdidier  
Jacques Groperrin  
Pascale Gruny  
Charles Guené  
Jean-Noël Guérini  
Joël Guerriau  
Jocelyne Guidez  
Véronique Guillotin  
Olivier Henno  
Loïc Hervé  
Christine Herzog  
Alain Houpert  
Jean-Raymond Hugonet  
Benoit Huré  
Jean-François Husson  
Corinne Imbert  
Jean-Marie Janssens  
Sophie Joissains  
Muriel Jourda  
Mireille Jouve  
Alain Joyandet  
Roger Karoutchi  
Fabienne Keller  
Guy-Dominique Kennel  
Claude Kern  
Joël Labbé  
Françoise Laborde  
Laurent Lafon  
Jean-Louis Lagourgue  
Marc Laménie  
Élisabeth Lamure  
Christine Lanfranchi Dorgal  
Florence Lassarade  
Robert Laufoaulu  
Michel Laugier  
Daniel Laurent  
Nuihau Laurey

Michel Amiel  
Éliane Assassi  
Julien Bargeton  
Arnaud de Belenet  
Esther Benbassa  
Éric Bocquet  
Bernard Cazeau  
Laurence Cohen  
Pierre-Yves Collombat  
Cécile Cukierman  
Michel Dennemont  
Thierry Foucaud  
André Gattolin

Maurice Antiste  
Viviane Artigalas  
David Assouline  
Claude Bérit-Débat  
Jacques Bigot  
Joël Bigot  
Maryvonne Blondin  
Nicole Bonnefoy  
Yannick Botrel  
Martial Bourquin  
Michel Boutant  
Henri Cabanel  
Thierry Carcenac

Christine Lavarde  
Ronan Le Gleut  
Jacques Le Nay  
Nadège Lefebvre  
Antoine Lefèvre  
Dominique de Legge  
Jean-Pierre Leleux  
Olivier Léonhardt  
Sébastien Leroux  
Henri Leroy  
Valérie Létard  
Brigitte Lherbier  
Anne-Catherine Loisier  
Jean-François Longeot  
Gérard Longuet  
Vivette Lopez  
Pierre Louault  
Jean-Claude Luche  
Michel Magras  
Viviane Malet  
Claude Malhuret  
Didier Mandelli  
Alain Marc  
Hervé Marseille  
Jean Louis Masson  
Hervé Maurey  
Jean-François Mayet  
Pierre Médevielle  
Colette Mélot  
Franck Menonville  
Marie Mercier  
Sébastien Meurant  
Brigitte Micouleau  
Alain Milon  
Jean-Marie Mizzon  
Jean-Pierre Moga  
Albéric de Montgolfier  
Patricia Morhet-Richaud  
Catherine Morin-Desailly  
Jean-Marie Morisset  
Philippe Mouiller  
Philippe Nachbar  
Louis-Jean de Nicolaj  
Claude Nougain  
Olivier Paccaud

## Ont voté contre :

Fabien Gay  
Guillaume Gontard  
Michelle Gréaume  
Abdallah Hassani  
Claude Haut  
Antoine Karam  
Pierre Laurent  
Martin Lévrier  
Marie-Noëlle Lienemann  
Frédéric Marchand  
Thani Mohamed Soilihi

## Abstentions :

Françoise Cartron  
Catherine Conconne  
Hélène Conway-Mouret  
Roland Courteau  
Michel Dagbert  
Yves Daudigny  
Marc Daunis  
Gilbert-Luc Devinaz  
Jérôme Durain  
Alain Duran  
Vincent Éblé  
Frédérique Espagnac

Jean-Jacques Panunzi  
Philippe Paul  
Cyril Pellevat  
Philippe Pemezec  
Cédric Perrin  
Stéphane Piednoir  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Gérard Poadja  
Rémy Pointereau  
Ladislav Poniatowski  
Sophie Primas  
Jean-Paul Prince  
Christophe Priou  
Catherine Procaccia  
Sonia de la Provoté  
Frédérique Puissat  
Isabelle Raimond-Pavero  
Michel Raison  
Jean-François Rapin  
André Reichardt  
Évelyne Renaud-Garabedian  
Jean-Claude Requier  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Denise Saint-Pé  
Hugues Saury  
René-Paul Savary  
Michel Savin  
Alain Schmitz  
Bruno Sido  
Jean Sol  
Nadia Sollogoub  
Lana Tetuanui  
Claudine Thomas  
Catherine Troendlé  
Raymond Vall  
Jean-Marie Vanlerenberghe  
Michel Vaspert  
Sylvie Vermeillet  
Jean-Pierre Vial  
Jean Pierre Vogel  
Michèle Vuillien  
Dany Wattebled

Robert Navarro  
Pierre Ouzoulis  
Georges Patient  
François Patriat  
Christine Prunaud  
Didier Rambaud  
Noëlle Rauscent  
Alain Richard  
Pascal Savoldelli  
Patricia Schillinger  
Dominique Théophile  
Richard Yung

Rémi Féraud  
Corinne Féret  
Jean-Luc Fichet  
Martine Filleul  
Samia Ghali  
Marie-Pierre de la Gontrie  
Nadine Grelet-Certenais  
Didier Guillaume  
Annie Guillemot  
Laurence Harribey

Jean-Michel  
Houllegatte  
Xavier Iacovelli  
Olivier Jacquin  
Victoire Jasmin  
Éric Jeansannetas  
Patrice Joly  
Bernard Jomier  
Gisèle Jourda  
Patrick Kanner  
Éric Kerrouche  
Bernard Lalande  
Jean-Yves Leconte  
Claudine Lepage  
Jean-Jacques Lozach

Monique Lubin  
Victorin Lurel  
Philippe Madrelle  
Jacques-Bernard  
Magner  
Christian Manable  
Didier Marie  
Rachel Mazuir  
Michelle Meunier  
Marie-Pierre Monier  
Franck Montaugé  
Marie-Françoise Perol-  
Dumont  
Angèle Prévile  
Claude Raynal

Sylvie Robert  
Gilbert Roger  
Laurence Rossignol  
Jean-Yves Roux  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Sophie Taillé-Polian  
Rachid Temal  
Jean-Claude Tissot  
Nelly Tocqueville  
Jean-Marc Todeschini  
Jean-Louis Tourenne  
André Vallini  
Sabine Van Heghe  
Yannick Vaugrenard

**N'ont pas pris part au vote :**

Claudine Kauffmann, Stéphane Ravier.

**N'ont pas pris part au vote :**

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	340
Nombre des suffrages exprimés .....	263
Pour l'adoption .....	226
Contre .....	37

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.