



N° 4568

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2021

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2022**
(n° 4523)

PAR M. THOMAS MESNIER

Rapporteur général, Rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et la santé, Député

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour l'autonomie et le secteur médico-social, Députée

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME III
COMPTES RENDUS

Voir le numéro : 4523.

SOMMAIRE

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

TOME II : COMMENTAIRES DES ARTICLES

TOME III : COMPTES RENDUS

Pages

| | |
|--|----|
| COMPTE RENDU DE L’AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES | 7 |
| Réunion du mercredi 6 octobre 2021 à 9 heures 30 | 7 |
| COMPTE RENDU DE L’AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE DU PROJET DE LOI | 39 |
| Réunion du lundi 11 octobre 2021 à 13 heures | 39 |
| COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L’EXAMEN DES ARTICLES DU PROJET DE LOI | 72 |
| 1. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 9 heures 30 (article 1 ^{er} à après l’article 12)..... | 72 |
| <i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d’équilibre relatifs à l’exercice 2020..... | 75 |
| <i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l’exercice 2020 (annexe A)..... | 75 |
| <i>Article 3</i> : Affiliation, au titre de cette activité, d’une partie du personnel de santé mobilisée sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire | 76 |
| <i>Article 4</i> : Allègement de la contribution « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques ... | 76 |
| <i>Article 5</i> : Assouplissement de l’échéance de signature des contrats prévue à l’article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 78 |
| <i>Article 6</i> : Transferts financiers entre branches en 2021 | 88 |
| <i>Article 7</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021 | 90 |
| <i>Article 8</i> : Rectification de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2021 | 90 |
| <i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au Fonds pour la modernisation et l’investissement en santé..... | 96 |

| | |
|---|-----|
| <i>Article 10</i> : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale..... | 97 |
| <i>Article 11</i> : Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne..... | 98 |
| <i>Après l'article 11</i> | 98 |
| <i>Article 12</i> : Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire | 119 |
| <i>Après l'article 12</i> | 120 |
| 2. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 15 heures (après l'article 12 [suite] à article 38) | 123 |
| <i>Article 13</i> : Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu..... | 135 |
| <i>Après l'article 13</i> | 135 |
| <i>Article 14</i> : Réforme du régime social du conjoint collaborateur..... | 136 |
| <i>Article 15</i> : Modification du droit de communication pour optimiser les investigations..... | 138 |
| <i>Après l'article 15</i> | 138 |
| <i>Article 16</i> : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé | 139 |
| <i>Après l'article 16</i> | 140 |
| <i>Article 17</i> : Transferts financiers pour 2022..... | 145 |
| <i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5 | 147 |
| <i>Après l'article 18</i> | 147 |
| <i>Article 19</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022 | 148 |
| <i>Article 20</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022 | 149 |
| <i>Article 21</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse | 150 |
| <i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt..... | 151 |
| <i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)..... | 151 |
| <i>Article 24</i> : Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun..... | 152 |
| <i>Après l'article 24</i> | 154 |
| <i>Article 25</i> : Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé | 155 |
| <i>Après l'article 25</i> | 159 |
| <i>Article 26</i> : Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-objectif quantifié national et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1 ^{er} janvier 2022 .. | 160 |
| <i>Article 27</i> : Évolution des activités des hôpitaux des armées..... | 161 |

| | |
|---|-----|
| <i>Après l'article 27</i> | 161 |
| <i>Article 28</i> : Isolement et contention | 165 |
| <i>Article 29</i> : Revalorisations salariales dans le secteur médico-social | 166 |
| <i>Après l'article 29</i> | 168 |
| <i>Article 30</i> : Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie | 173 |
| <i>Après l'article 30</i> | 183 |
| <i>Article 31</i> : Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes | 183 |
| <i>Article 32</i> : Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie | 187 |
| <i>Après l'article 32</i> | 189 |
| <i>Article 33</i> : Rénover la régulation des dépenses de produits de santé | 190 |
| <i>Article 34</i> : Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux | 191 |
| <i>Article 35</i> : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières | 191 |
| <i>Article 36</i> : Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé | 191 |
| <i>Article 37</i> : Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence | 192 |
| <i>Après l'article 37</i> | 195 |
| <i>Article 38</i> : Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé | 196 |
| <i>Après l'article 38</i> | 198 |
| 3. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 21 heures 30 (article 39 à article 62) | 199 |
| <i>Article 39</i> : Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine | 199 |
| <i>Après l'article 39</i> | 200 |
| <i>Article 40</i> : Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct | 200 |
| <i>Article 41</i> : Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectués par les masseurs-kinésithérapeutes | 211 |
| <i>Après l'article 41</i> | 211 |
| <i>Article 42</i> : Généralisation d'expérimentations en santé | 217 |
| <i>Après l'article 42</i> | 218 |
| <i>Article 43</i> : Prolongation de l'expérimentation haltes « soins addictions » | 225 |
| <i>Article 44</i> : Extension de la gratuité de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans | 229 |
| <i>Après l'article 44</i> | 230 |
| <i>Article 45</i> : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire | 231 |

| | |
|--|-----|
| <i>Après l'article 45</i> | 233 |
| <i>Article 46</i> : Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave | 238 |
| <i>Article 47</i> : Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire | 239 |
| <i>Après l'article 47</i> | 239 |
| <i>Article 48</i> : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles..... | 240 |
| <i>Article 49</i> : Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires..... | 240 |
| <i>Après l'article 49</i> | 240 |
| <i>Article 50</i> : Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides .. | 243 |
| <i>Après l'article 50</i> | 243 |
| <i>Article 51</i> : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives | 243 |
| <i>Article 52</i> : Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte | 244 |
| <i>Après l'article 52</i> | 244 |
| <i>Article 53</i> : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés..... | 244 |
| <i>Article 54</i> : Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux | 245 |
| <i>Article 55</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès | 245 |
| <i>Article 56</i> : Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022 | 245 |
| <i>Après l'article 56</i> | 248 |
| <i>Article 57</i> : Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité..... | 249 |
| <i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles | 249 |
| <i>Article 59</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse..... | 249 |
| <i>Article 60</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille | 249 |
| <i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie | 249 |
| <i>Après l'article 61</i> | 249 |
| <i>Article 62</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse) | 251 |

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

Réunion du mercredi 6 octobre 2021 à 9 heures 30

La commission procède à l'audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11262889_615d4daf7f0e9.commission-des-affaires-sociales--audition-de-m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-6-octobre-2021

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous entamons ce matin nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 dont la première lecture nous conduira jusqu'au vote solennel le mardi 26 octobre.

Monsieur le premier président, la présentation du rapport marque toujours l'ouverture de nos travaux sur le PLFSS et nous sommes très attachés à cette tradition. Ce n'est bien sûr pas seulement pour respecter une tradition que nous vous avons invité mais parce que, comme chaque année, les analyses et propositions de la Cour des comptes sont très attendues. Même si nous avons eu moins de vingt-quatre heures pour en prendre connaissance avant l'audition de ce matin, il ne fait aucun doute que le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) nourrira nos débats en commission puis en séance dans les jours qui viennent.

Avec ce rapport, la Cour s'acquitte d'abord de la mission qui est la sienne en vertu des textes organiques, à savoir émettre un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale. Toutefois les collègues et, au-delà d'eux, nos concitoyens, se pencheront sans doute davantage sur les développements thématiques que vous avez consacrés, comme de coutume, à plusieurs sujets choisis dans le vaste champ de la sécurité sociale, tels le financement des établissements médicaux et médicosociaux, la dématérialisation des prescriptions médicales, les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'allocation de rentrée scolaire ou encore le minimum vieillesse.

Je pense que chacun appréciera aussi la réactivité dont la Cour a fait preuve en étudiant plusieurs aspects plus spécifiquement liés à la crise sanitaire comme la manière dont les organismes de sécurité sociale se sont adaptés, la télésanté et les dépenses de biologie médicale.

Je suppose que vous aurez également à cœur de nous exposer votre vision de la trajectoire financière de la sécurité sociale et de nous inviter à une réflexion sur le

cadre des lois de financement de la sécurité sociale et sur la régulation des dépenses de maladie.

M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes. Je vous remercie de m'avoir invité à vous présenter le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, le RALFSS. C'est avec grand plaisir que je retrouve votre commission pour cet exercice annuel important.

Le rapport que je vais vous présenter est établi, comme chaque année, dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour au Parlement et au Gouvernement. Il accompagne le PLFSS 2022, déposé cette semaine.

J'ai présenté ce travail à la presse hier car ce rapport est – comme vous le savez – très attendu par nos concitoyens. J'irai tout à l'heure le présenter également devant la commission des affaires sociales du Sénat.

Je profite de cette occasion pour vous faire part, comme je le fais souvent, de mon attachement profond à cette mission d'assistance au Parlement que la Constitution a confiée à la Cour. J'ai eu l'honneur d'être élu dans notre Assemblée à plusieurs reprises et je sais l'importance que revêt le Parlement pour le contrôle démocratique et, plus généralement, pour l'équilibre des pouvoirs dans notre pays.

Cette mission est donc pour moi essentielle, non seulement parce que je conserve une sensibilité d'ancien parlementaire mais, aussi, parce que mon rôle et mon devoir, comme premier président de la Cour aujourd'hui, est de veiller à votre bonne information. J'attache donc à la relation privilégiée qui nous unit une attention toute particulière et sachez que je suis toujours à votre disposition.

Pour cet exercice, je suis accompagné de Denis Morin, le président de la sixième chambre, de Carine Camby, la rapporteure générale de la Cour, de Stéphane Seiller, conseiller maître et rapporteur général de ce rapport, et de Thibault Perrin, son adjoint. Ils pourraient être amenés, si vous l'acceptez, à intervenir pour répondre à vos questions car ce sont eux les auteurs de ce rapport. Je souhaite les remercier chaleureusement pour leur implication, ainsi que la vingtaine d'autres rapporteurs qui ont contribué à ce travail approfondi qui – je le crois – est une mine d'informations précieuses. Vous voyez qu'il s'agit d'un document volumineux mais il n'est pas seulement physiquement volumineux. Il est aussi très substantiel.

Face à la gravité de la situation, nos transferts sociaux – c'est d'ailleurs une caractéristique partagée de notre pays et de ceux de l'Union européenne en général – ont joué et continuent à jouer un rôle essentiel pour amortir les conséquences de cette crise pour nos concitoyens. Ce point est important car il nous rappelle la place qu'occupe la protection sociale dans notre pacte républicain auquel la Cour, elle-même institution de la République, est très attachée.

Toutefois, nous portons le même message depuis l'année dernière et nous le porterons aussi longtemps qu'il sera nécessaire : pour sauvegarder notre système de solidarité et de sécurité sociale, un maillon essentiel de cohésion dans notre pays, nous devons progressivement sortir de la situation exceptionnelle que nous connaissons et reconstruire une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux. À court terme, il est évident que la situation appelle à des mesures exceptionnelles mais, à moyen terme, il ne faut jamais perdre de vue le sort des générations futures.

Pour la deuxième année consécutive, 2021 est un exercice hors norme pour nos comptes sociaux. Les comptes de la sécurité sociale devraient rester en 2021 sur un haut niveau de déséquilibre, à près de 35 milliards d'euros. Le déficit 2021 serait le deuxième plus fort de l'histoire de la sécurité sociale, après 2020.

Une telle situation est tout de même – c'est le rôle de la Cour de le rappeler – problématique. Elle ne peut pas durer. Rappelons que, si la branche maladie ou la branche retraite sont durablement déséquilibrées, cela signifie que les dépenses de soins ou les pensions versées aujourd'hui devront être financées par nos enfants et nos petits-enfants pendant très longtemps. Nous ne sommes pas – et je ne suis pas – obsédés par la dette en tant que telle mais ce sont ses conséquences sur le pacte intergénérationnel qui me préoccupent. Je crois profondément que la dette est ennemie de la solidarité.

Je constate que les conditions du redressement des finances sociales restent à définir, notamment dans les domaines de la retraite et de la santé. Ce rapport n'approfondit pas la question des réformes en matière de retraite. Nous en avons déjà esquissé les perspectives dans notre rapport au Premier ministre. Nous savons que le débat est ouvert et qu'il appellera nécessairement des décisions le moment venu. Nous avons déjà indiqué le sens dans lequel nous pensons qu'il fallait aller. Une réforme du système de retraite est incontournable ; encore faut-il réunir les conditions de sa réussite.

En revanche, nous soulignons la nécessité d'accélérer les réformes dans le domaine de la santé et, plus généralement, dans l'ensemble de la gestion de notre système de sécurité sociale. Il ne s'agit évidemment pas pour la Cour de méconnaître la situation exceptionnelle que le pays a traversée et connaît encore à certains égards, même si les signaux de ces derniers mois sont positifs. À travers ce rapport, la Cour souhaite remettre en perspective l'ampleur des déséquilibres, ouvrir des pistes pour contribuer progressivement à la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et inviter à relancer les différents chantiers de modernisation qui ont évidemment, naturellement, été ralentis ou suspendus durant la crise sanitaire. Il faut que ce travail de réforme reprenne, dans des conditions d'ailleurs forcément modifiées par cette crise.

Je commence par rappeler rapidement la situation financière actuelle de la sécurité sociale, au vu des dernières données disponibles communiquées lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale, en m'arrêtant en particulier sur les dépenses de l'assurance maladie.

Nous sommes dans un contexte de reprise puissante de l'activité économique. Le Haut Conseil des finances publiques que je préside par ailleurs a dit voici quelques semaines que la prévision de croissance de 6 % du Gouvernement était plausible, voire prudente. Nous pouvons espérer un peu plus ; le consensus des prévisionnistes est plutôt autour de 6,3 % et le chiffre de 4 % prévu pour 2022 nous a également paru réaliste.

Les recettes sont en fort redressement, de 31 milliards d'euros par rapport à 2020. Les dépenses ont, elles aussi, continué à croître fortement en 2021 par rapport à 2020 avec une augmentation de 27 milliards d'euros. C'est la situation de la branche maladie qui est la plus suivie : en 2021, pour 1 000 euros dépensés, 130 euros sont financés par de nouvelles dettes à la charge des générations futures.

Comment l'expliquer ? Cela résulte certes des mesures exceptionnelles, par exemple les tests de dépistage pour le covid et la vaccination, ainsi que d'une croissance plus forte que prévu des dépenses de médicaments. Il faut aussi prendre en compte le poids des mesures de revalorisation sociale et d'investissement décidées lors du Ségur de la santé. Ces mesures pèseront en 2022, représentant près de 40 % des dépenses supplémentaires. Elles alourdiront durablement les charges de l'assurance maladie.

La crise sanitaire a entraîné, ne nous méprenons pas, une perte définitive de recettes sociales. Elle explique, mais seulement en partie, le surcroît de dépenses maladie, remettant ainsi en cause les conditions d'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Prendre en main l'évolution des dépenses de l'assurance maladie et mettre en œuvre de nouveaux modes de régulation sont des enjeux forts pour l'avenir de la sécurité sociale. Dans le prolongement de multiples travaux antérieurs de la Cour, nous estimons que la régulation mise en œuvre ne s'est pas suffisamment accompagnée d'une réorganisation du système de soins. À l'avenir, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit être davantage inscrit dans une trajectoire pluriannuelle, documentée beaucoup plus rigoureusement que par le passé et, surtout, cette trajectoire doit à notre sens être directement liée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, aux orientations de la stratégie nationale de santé.

Les objectifs de cette stratégie apparaissent totalement justifiés à la Cour, comme elle a déjà eu l'occasion de l'indiquer dans le passé. Il s'agit de favoriser la pertinence et la qualité des prises en charge, notamment par des soins gradués en fonction des besoins des patients, de donner accès à tous à des soins de premier niveau et de faciliter le lien entre médecine de ville et hôpital.

En revanche, nous relevons à nouveau que cette stratégie n'a pas été accompagnée d'un cadrage financier approprié. Il faut mettre en œuvre une vraie stratégie de transformation en profondeur du système de santé, en lien avec la trajectoire de maîtrise des dépenses. Il ne s'agit pas de faire la maîtrise des dépenses pour le plaisir ou pour soi-même ; il ne s'agit pas non plus de transformer le système de santé sans avoir en tête la maîtrise des dépenses. Il faut lier les deux, en utilisant tous les leviers disponibles.

J'en citerai quelques-uns : pour les professionnels libéraux, des incitations renouvelées doivent être trouvées à travers la rémunération sur objectifs de santé publique ; pour les établissements de santé, une logique analogue devrait être poursuivie en s'appuyant sur le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité ; de son côté, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) devrait accélérer la rénovation de ses outils de gestion du risque ; l'actualisation de la nomenclature des actes de santé, qui conditionne leur niveau de prise en charge, devrait également aller plus vite, sous l'égide du Haut Conseil des nomenclatures ; enfin, dans nos régions, dans nos territoires, des marges de manœuvre et des leviers d'action plus grands doivent être confiés aux agences régionales de santé (ARS) afin de faciliter les réallocations de ressources inégalement réparties aujourd'hui entre offreurs de soins et de tenir davantage compte des réalités et de la diversité de nos territoires.

Il reste que l'effet de ces progrès indispensables dans le domaine de la santé, tout comme l'impact des mesures – attendues – de rétablissement de l'équilibre des comptes de l'assurance vieillesse ne seront que progressifs. Nous savons que, durant les prochaines années, la dette sociale continuera à croître.

L'ampleur des déficits en 2020 et 2021 des branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse est telle que le plafond de 92 milliards d'euros de reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ne paraît pas en mesure de couvrir la totalité du déficit 2022 ni, *a fortiori*, un déficit 2023 dont nous savons qu'il devrait advenir. Au-delà, une grande incertitude existe sur l'évolution des soldes de la sécurité sociale et, corrélativement, de la dette sociale.

Voilà pourquoi la Cour dit clairement qu'une grande vigilance doit être de mise. La réforme des modalités de discussion des lois de financement de la sécurité sociale, en cours d'examen par le Parlement, lui permettra et vous permettra – en tout cas je l'espère – de disposer de plus de temps pour débattre de la performance de notre système de sécurité sociale au regard des ressources qui lui sont affectées.

Cette réforme permettrait de distinguer la discussion sur les comptes de l'exercice clos du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année qui suit. La sécurité sociale participerait alors au Printemps de l'évaluation dont vous avez souhaité à juste titre la mise en place. La Cour, qui y participe également – c'est aussi une mission constitutionnelle –, ne peut qu'y être très favorable.

Toutefois, si cet objectif d'évaluation est indispensable, nous proposons d'aller plus loin pour mieux encadrer l'évolution de nos finances sociales. Le rapport propose ainsi de compléter par quatre leviers le cadre posé par les lois de financement de la sécurité sociale. D'abord l'obligation pour le Gouvernement de déposer une loi rectificative si les prévisions initiales sont bouleversées, comme pour le budget de l'État ; ensuite l'extension du champ des dépenses encadrées par la loi de financement à celles des retraites complémentaires et d'assurance chômage, non dans un but d'étatisation mais pour avoir une vue complète ; également l'explicitation des écarts entre l'exécution et les normes fixées par les lois de programmation des finances publiques et nous appelons de nos vœux, après les échéances électorales du printemps, la mise en place d'une nouvelle loi de programmation des finances publiques qui soit une ancre crédible pour vos prévisions et notre action ; enfin, la définition impérative d'une trajectoire de retour à l'équilibre pour toute nouvelle reprise de dette sociale portant sur des prévisions de résultats futurs. Cela n'a pas été le cas l'an dernier, le Parlement s'étant vu proposer d'autoriser la reprise par la CADES des déficits prévisionnels sur la période 2020-2023 à hauteur de 92 milliards d'euros, sans visibilité sur les conditions de retour à l'équilibre.

J'en viens maintenant aux problématiques de la sortie de crise dans les domaines des affaires sociales et de la santé. Vous avez évoqué, madame la présidente, ces vues sectorielles et je ferai un focus sur trois exemples que notre rapport illustre.

Le premier concerne le fonctionnement des organismes de sécurité sociale, mis à l'épreuve par la crise sanitaire. Comme l'ensemble de notre système public, ils n'étaient pas préparés à faire face aux conséquences d'une telle crise. Pourtant, comme l'ensemble de notre système public, ils ont été réactifs et ont pu préserver l'essentiel pour nos concitoyens, c'est-à-dire éviter toute rupture dans le service des prestations. C'était encore plus nécessaire en période de crise.

Cependant, même s'il faut s'en féliciter, l'objectif plus que louable de continuité a été atteint en partie au prix d'une grande simplification des procédures de gestion, de dérogations et de la levée ou de l'allègement de contrôles. Dans le cadre de ses travaux sur la certification, la Cour a mesuré au printemps dernier l'impact de ces mesures exceptionnelles sur la fiabilité des comptes. Elle a exprimé vingt-deux réserves sur les comptes présentés par les branches du régime général, ce qui est un nombre sensiblement plus élevé que les années précédentes.

Ainsi, la Cour s'est vue dans l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement. En effet, la priorité a été donnée à la survie économique des entreprises confrontées pour certaines, dans de nombreux secteurs, à l'arrêt ou à la chute brutale de leur activité ; cela a généré des niveaux de restes à recouvrer jamais observés par le passé. Les arriérés de cotisations ont été multipliés par cinq en un an, ce qui est très considérable. La normalisation des procédures de gestion des prestations et du recouvrement des prélèvements est désormais le principal enjeu des organismes de sécurité sociale.

Le deuxième exemple sur lequel nous mettons le projecteur est celui de la télésanté. Nous avons observé durant la crise une véritable explosion des téléconsultations. Leur nombre est passé de 140 000 en 2019 à 18,4 millions en 2020, soit une multiplication par plus de 100. Elles ont constitué un palliatif évidemment très utile durant les deux confinements. Nous y avons tous, à un moment ou un autre, peut-être recouru. La Cour estime toutefois qu'il est nécessaire de mettre fin à la prise en charge dérogatoire à 100 % qui perdure encore jusqu'au 1^{er} janvier 2022, au détriment de la sécurité sociale et à l'avantage des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Plus largement, nous considérons qu'il n'y a pas d'intérêt à favoriser la multiplication des téléconsultations. Elles se substituent surtout au mode de recours traditionnel à la médecine de ville qu'il faut préserver, alors qu'elles présentent un coût supérieur pour l'assurance maladie et qu'elles reposent encore assez largement sur des outils faiblement sécurisés à ce stade. Un bon usage de la télé médecine est possible ; il s'est produit quelque chose sur lequel nous ne reviendrons pas complètement en arrière mais rien ne doit encourager un mauvais usage de la télé médecine.

En revanche, nous considérons que la télé médecine peut contribuer à la transformation du système de santé de façon positive, pour faciliter l'accès aux soins dans des zones faiblement pourvues en médecins ou pour renforcer la coordination des professionnels de santé dans des logiques de parcours de soins.

La troisième illustration porte sur les dépenses de biologie médicale et la régulation de ce secteur. En raison de la crise, les mécanismes de régulation des dépenses de biologie ont de fait été suspendus. En temps ordinaire, il s'agit d'accords prix-volume qui consistent à fixer une norme d'évolution annuelle des dépenses et à diminuer le tarif de certains actes si les volumes sont trop dynamiques. Ce n'est qu'au printemps 2021 qu'ont été pratiquées des baisses de tarifs qui auraient dû être mises en œuvre début 2020 si ces accords avaient fonctionné. Le retard généré est donc tout à fait considérable.

Or, du fait du financement par l'assurance maladie des tests de dépistage de la covid-19, pris en charge à 100 % sans prescription médicale même si nous savons que la situation changera dans quelques jours, les dépenses de biologie, c'est-à-dire le chiffre d'affaires des laboratoires d'analyses médicales pour parler clairement, ont considérablement augmenté en 2020 et 2021. Elles devraient, cette année, être deux fois supérieures à leur niveau de 2019.

L'analyse faite par la Cour est qu'en France, les tarifs de remboursement des tests RT-PCR ont été fixés à un niveau plus élevé que dans les pays européens voisins. Ce n'est d'ailleurs pas une critique, c'est un constat mais cela a une implication financière. Si ces tarifs avaient d'emblée été fixés aux niveaux constatés en Allemagne ou en Belgique, une économie de l'ordre de 800 millions d'euros aurait pu être réalisée. À ce titre, la Cour souligne que la régulation administrative

de ce secteur doit être améliorée, qu'il s'agisse de la connaissance de l'offre, de la rentabilité des laboratoires privés ou de la prise en charge de l'innovation.

Ainsi, alors que les impacts sur le système hospitalier des vagues épidémiques semblent désormais progressivement maîtrisés grâce à l'effort de vaccination, qui est une réussite, la Cour souligne à travers ces trois exemples qu'il n'est plus justifié de prolonger l'usage des dispositifs dérogatoires utilisés aux moments les plus critiques de la crise sanitaire, précisément en l'absence de la vaccination.

Pour autant, nous ne proposons pas de revenir à la normale et aux routines de gestion. C'est mon troisième et dernier point, celui sur lequel j'avais insisté au début : la sortie de crise doit être l'occasion de relancer ou d'intensifier et de renouveler les réformes dont notre système de sécurité sociale a besoin. Nous illustrons cette nécessité par quatre pistes.

La première piste porte sur les chantiers de réforme du financement des établissements de santé pour les soins de suite et de réadaptation, pour les soins psychiatriques ainsi que des établissements et services médico-sociaux en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap.

La Cour constate que ces chantiers ont pris beaucoup de retard, sans que la crise ait d'ailleurs joué un rôle déterminant dans ces ralentissements. Le chantier de réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été engagé voici plus de dix ans, celui du financement des soins psychiatriques et des soins de suite et de réadaptation voici plus de vingt ans. Cela ne date pas d'hier. Ces réformes doivent pourtant être menées à bien, au risque sinon de ne pas répondre aux besoins qu'a la population de soins aux personnes mieux coordonnés entre professionnels de santé.

L'objectif est de favoriser la gradation des soins en fonction des besoins individuels, de favoriser des soins plus inclusifs notamment pour les personnes âgées ou en situation de handicap. Nous savons combien le sujet de leur traitement a été critique et délicat durant la crise. Il faut aussi faciliter le maintien au domicile ou l'accès à l'emploi et au travail.

C'est urgent, parce que la France perd du terrain sur ce terrain par rapport au reste de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : nos dépenses de soins de longue durée en établissement augmentent de 2,6 % alors qu'elles baissent en moyenne de 4,6 % dans les pays de l'OCDE, où la prise en charge à domicile se développe. C'est donc une piste vraiment à suivre à tous égards, d'abord pour les personnes concernées mais aussi pour des raisons financières.

Une deuxième illustration concerne la dématérialisation des prescriptions médicales. Dématérialiser les prescriptions, c'est progresser sur la sécurité et la pertinence des soins, sur la réduction des coûts de gestion et sur la prévention des fraudes en supprimant les fausses prescriptions. Or, la France est en retard par rapport

à de nombreux pays, notamment par rapport à l'Italie, à la Belgique et au Royaume-Uni. Dans notre pays, l'essentiel des prescriptions de médicaments ne sont pas dématérialisées aujourd'hui. Des textes ont été adoptés avec l'objectif ambitieux de parvenir à la dématérialisation complète des prescriptions de médicaments en 2024. Toutefois, notons par exemple que les arrêts de travail prescrits par un praticien hospitalier ne sont pas soumis à l'obligation de dématérialisation ou que les systèmes d'information hospitaliers ne sont pas non plus raccordés aux téléservices de prescriptions gérés par l'assurance maladie. Le mot « ambition » est donc à double tranchant ; l'objectif est ambitieux positivement mais il faut sérieusement accélérer pour l'atteindre.

Un troisième exemple se fonde sur une enquête sur la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il y aurait beaucoup à en dire, notamment sur la reconnaissance qui est faite en France des troubles musculo-squelettiques, les fameux TMS, qui représentent plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues dans notre pays. En raison du principe de présomption de reconnaissance, ces dernières sont d'ailleurs trois fois plus nombreuses en France qu'en Allemagne.

J'insisterai surtout sur un aspect, qui concerne la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et également la branche maladie. C'est la dynamique des arrêts de travail. En pratique, la progression des dépenses d'arrêt de travail nécessite d'agir sur les causes des arrêts longs en favorisant et en accompagnant le retour au travail. En effet, le salarié qui voit son arrêt de travail se prolonger court le risque, progressivement, d'éprouver de grandes difficultés à retrouver son emploi, voire un autre. Il est prioritaire d'engager à grande échelle des programmes d'action coordonnés pour détecter précocement les personnes en risque de désinsertion et pour les accompagner vers la reprise de travail grâce à des adaptations de poste le cas échéant, à l'aménagement des espaces de travail et à des formations voire à des reconversions professionnelles.

Enfin, je prends deux derniers exemples, choisis parmi les nombreux dispositifs de protection sociale existants. Il s'agit de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), communément appelée minimum vieillesse, qui représente 3,9 milliards d'euros en 2020 et de l'allocation de rentrée scolaire, soit 2,6 milliards d'euros en 2020 en raison d'une revalorisation exceptionnelle.

L'ASPA est une allocation efficace puisque le taux de pauvreté des personnes de plus de 65 ans est au plus bas comparé aux autres grands pays européens. C'est une force de notre système de protection sociale. Notre analyse nous porte à penser que la priorité pour l'ASPA serait de simplifier les règles d'attribution, très complexes, pour réduire les causes d'erreurs et de fraudes mais également de faciliter l'information du public sur cette allocation, caractérisée par un non-recours encore élevé, c'est-à-dire par une proportion importante de personnes qui ne font pas valoir leurs droits.

Pour sa part, l'allocation de rentrée scolaire est la deuxième prestation familiale en nombre de bénéficiaires. Alors que, comme chaque année, la question de sa transformation en bons d'achat a alimenté l'actualité, il nous semble que son bénéfice pourrait être recentré sur les familles aux revenus les moins élevés. Elle devrait surtout être modulée pour mieux tenir compte des coûts de scolarité qui augmentent avec l'âge des enfants. Cet ajustement pourrait être gagé par la suppression de la réduction d'impôts pour frais de scolarité, qui profite aux seuls ménages imposables.

Madame la présidente, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, j'en ai terminé avec la présentation de notre rapport. Pour conclure, je voudrais à nouveau insister sur le message principal : au moment où la crise sanitaire semble en voie d'être maîtrisée, où l'économie repart avec une exceptionnelle vigueur, il est impératif de remettre rapidement la sécurité sociale sur un chemin d'équilibre financier durable et de maîtriser la dette sociale.

La crise a illustré la résilience extraordinaire de nos systèmes publics de solidarité. Elle a aussi ouvert des perspectives nouvelles, par exemple en matière de numérique. Les acteurs du système de santé ont montré une très grande capacité d'adaptation. Tous ces éléments réunis nous rendent très confiants devant la nécessaire transformation de notre système de sécurité sociale.

Par ailleurs, plus ces réformes seront différées, plus elles seront difficiles. Si elles ne sont pas engagées fermement et rapidement, il est alors à craindre que le seul moyen qui restera disponible un jour pour réduire les déficits sera non plus de gagner en efficacité mais de réduire les droits. Ce n'est absolument pas la philosophie de la Cour des comptes. Nous ne proposons pas l'austérité ou la réduction des droits mais une réforme pour plus d'efficacité et plus de justice. Ce n'est pas un rapport d'austérité ou de dureté ; c'est un rapport de transformation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je tiens tout d'abord à remercier la Cour dans son ensemble pour ce nouveau rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, très riche et très complet. Je remercie aussi son premier président, qui nous en a présenté la substantifique moelle.

Mes questions sur plusieurs aspects du rapport. Tout d'abord, la Cour renouvelle et complète ses propositions tendant à une évolution des textes organiques gouvernant l'examen des lois de financement. Vous prêchez un converti, étant l'auteur de la proposition de loi organique actuellement en navette. Vous en avez abordé certains aspects. Que pensez-vous de la proposition de loi telle qu'elle ressort de son examen au Sénat, notamment des dispositions introduites par le Sénat en ce qui concerne le rôle de la Cour ?

Ma deuxième question porte sur le risque de non-recouvrement, qui se traduit par une dépréciation de 10 milliards d'euros sur les prélèvements dus en 2020. Au regard de cette somme considérable et alors que les plans d'apurement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

(URSSAF) ont déjà été largement déployés, comment améliorer la performance du recouvrement dans les temps qui viennent ?

Ma troisième série de questions concerne plus particulièrement les enjeux de santé. Vous préconisez d'accompagner le développement de la télésanté par des modes de financement autres que le paiement à l'acte. Parmi les différents modèles de financement expérimentés, lesquels vous paraissent les plus prometteurs ? Le PLFSS que nous examinerons dans les prochains jours semble prévoir la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun par le biais d'un forfait. Cela vous paraît-il à même de soutenir le développement de la télésurveillance que vous semblez appeler de vos vœux ?

Enfin, vous évoquez les effets d'aubaine créés par l'essor des téléconsultations et par les dérogations adoptées pendant la crise sanitaire, dérogations que le Parlement a d'ailleurs ramenées à la date du 31 décembre de cette année lors de l'examen de la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pouvons-nous lutter contre ces effets d'aubaine tout en permettant aux téléconsultations de continuer à se développer là où elles améliorent effectivement l'accès aux soins des patients ?

Mes dernières interrogations portent sur le financement des établissements de santé pour lesquels vous proposez de renforcer le rôle des dotations populationnelles. Cela ne risque-t-il pas de donner trop d'objectifs à un seul outil ? Les autorisations ne sont-elles pas l'outil le plus approprié ?

Je voudrais aussi me faire l'écho des interrogations de notre collègue Monique Limon, rapporteure pour la branche famille, qui ne peut être parmi nous car elle participe à la Conférence des familles qui se tient en ce moment même. La branche famille de la sécurité sociale connaît une trajectoire financière singulière au regard de l'ensemble de la situation de la sécurité sociale. Elle renoue avec les excédents dès 2021 à hauteur de 1,2 milliard d'euros et parvient spontanément à un niveau de 5,4 milliards d'euros en 2025. Au regard de cette trajectoire, pensez-vous pertinent d'engager une réforme de fond en matière de politique familiale, comme celle du congé parental ? Je rappelle que la natalité commande mécaniquement à moyen terme le niveau de la masse salariale et donc des ressources de la sécurité sociale.

Enfin, vous avez consacré une partie de votre rapport et de votre propos à l'allocation de rentrée scolaire pour en souligner la pertinence, la simplicité et la faible fraude qu'elle engendre au regard des prestations familiales. Vous estimez toutefois qu'elle gagnerait à être différenciée en fonction de l'âge de l'enfant. Les familles n'achètent en effet pas les mêmes fournitures selon que l'enfant est écolier ou lycéen. Nous pourrions même aller plus loin et cette prestation versée aux lycéens pourrait également s'adapter en fonction des filières choisies par ces derniers, les filières techniques étant souvent consommatrices de nombreuses fournitures. Dans quelle mesure pensez-vous que cette spécialisation de l'allocation de rentrée scolaire soit compatible avec le maintien d'un dispositif simple et lisible à destination, je le rappelle, de trois millions de nos concitoyens ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Monsieur le premier président, j'interviens aujourd'hui en tant que rapporteure de la branche autonomie, dont la création a constitué une avancée majeure dans un contexte de vieillissement démographique. Avec le PLFSS 2022, nous pourrions dresser un premier bilan de sa création et fixer de nouvelles perspectives à cette cinquième branche qui sera amenée à se développer.

Je souhaite d'abord revenir sur la situation financière de cette branche. En 2021, le déficit de la branche autonomie a été conforme au niveau attendu. Vous soulignez dans votre rapport que ce déficit fera place en 2024 à un excédent permettant de couvrir les pertes des années précédentes. J'aurais voulu savoir quelles sont pour vous les perspectives de financement de la branche autonomie puisque vous avez évoqué dans votre présentation la nécessité d'augmenter l'efficacité ou, sinon, de diminuer les droits. Je crois qu'il nous faut aussi explorer la question des recettes. J'avais trouvé très intéressantes les pistes du rapport Vachey et je regrette qu'il n'en soit plus tellement question dans le débat public. De plus, quel regard portez-vous sur les dernières mesures annoncées par le Gouvernement pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap ?

Votre rapport comporte un chapitre relatif au financement des établissements et services. Vous évoquez les différentes réformes des modalités de financement et leur bilan. Pourriez-vous revenir sur ce bilan et préciser en quoi les réformes n'ont que partiellement abouti ?

Enfin, pourriez-vous préciser en quoi les modes de financement conduisent aujourd'hui à des inégalités territoriales ? Quelles sont les pistes à privilégier pour les résorber ?

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. En tant que rapporteur de la branche vieillesse, je souhaite revenir sur les enjeux financiers de notre système de retraite. Le déficit de la branche vieillesse serait en 2022, grâce au rebond de l'activité économique, inférieur de 6 milliards d'euros aux prévisions établies dans le PLFSS 2021. Cependant, le déficit devrait se maintenir à des niveaux importants et atteindre les 8 milliards d'euros en 2024.

Dans votre rapport, vous insistez sur la nécessité de maîtriser les dépenses de sécurité sociale afin de prévenir les déficits durables. À cet égard, il faut rappeler que les dépenses retraite représentent 14,7 % du produit intérieur brut (PIB). Elles ont augmenté et doivent revenir à un niveau d'avant crise sanitaire, autour de 13 ou 14 %. La branche retraite pèse aujourd'hui 31 % des dépenses de la sécurité sociale dans le régime général. Ainsi, si nous souhaitons maîtriser davantage les dépenses de sécurité sociale, elles ne pourront sans doute pas rester en marge de cette démarche.

Je souhaite donc avoir votre point de vue sur la situation de la branche vieillesse. Quelle analyse faites-vous de l'évolution de ces dépenses ? De quels leviers disposons-nous ? Comment mieux maîtriser ces dépenses ?

Vous soulignez dans votre rapport la nécessité d'améliorer l'efficacité du minimum vieillesse. Vous indiquez notamment que le dispositif existant ne permet pas l'égal accès de tous aux droits sociaux. Pouvez-vous expliquer pourquoi le système actuel est trop complexe et quelles en sont les conséquences pour nos concitoyens ? Comment le contrôle des conditions d'éligibilité au minimum vieillesse pourrait-il être amélioré ? Pouvez-vous nous indiquer les pistes à privilégier pour réduire le taux de non-recours à cette allocation ?

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Alors que la branche AT-MP a été exceptionnellement déficitaire en 2020 en raison de la crise sanitaire, elle redeviendrait excédentaire en 2021 et 2022. En 2022, le solde de la branche s'établirait à 1,4 milliard d'euros en raison, notamment, d'une forte dynamique des produits, tirés par la croissance et la masse salariale du privé. Les dépenses, quant à elles, ne progresseraient que de 0,7 % entre 2021 et 2022. Aussi, monsieur le premier président, avez-vous chiffré les impacts de la reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle sur les dépenses de la branche ?

Dans votre rapport, vous élaborez un certain nombre de recommandations très éclairantes en matière de reconnaissance et de réparation des AT-MP, à la fois pour disposer d'une meilleure maîtrise des coûts de gestion et pour améliorer le service rendu aux usagers. Vous préconisez notamment de remettre à plat le processus d'attribution des rentes, de renforcer la dématérialisation, d'assurer une meilleure coordination locale entre les services administratifs et médicaux et d'accélérer la mise à jour des tableaux de maladies professionnelles.

Je partage vos préoccupations, tout particulièrement celles concernant la nécessaire actualisation des maladies professionnelles. Vous proposez de donner au directeur général de la CNAM la possibilité de modifier les libellés des travaux existants. Avez-vous soumis cette proposition au directeur général de la CNAM ? Dans votre rapport, vous ne faites pas de proposition pour améliorer le fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Ne pouvons-nous pas envisager des pistes de progrès en la matière ?

Le PLFSS 2022 fixe le montant de la dotation au titre de la sous-déclaration de la branche AT-MP à la branche maladie à 1,1 milliard d'euros, contre 1 milliard d'euros l'an dernier. Vous avez récemment réalisé une nouvelle évaluation du montant de la sous-déclaration AT-MP. Au regard de votre récente estimation, que pensez-vous du montant de la dotation prévue pour 2022 ?

Mme Annie Vidal (LaREM). Ce nouveau rapport de la Cour des comptes est tout à fait éclairant et nous permet d'envisager plus concrètement les enjeux qui sous-tendent la gestion de nos finances publiques. Il souligne les conséquences durables de la crise sanitaire sur la situation des finances publiques, en particulier celle des finances sociales. Alors qu'elles étaient proches de l'équilibre en 2019, le PLFSS 2022 prévoit, en 2021, un déficit toujours très élevé de près de 35 milliards

d'euros. Même s'il reste en deçà des prévisions initiales, c'est essentiellement du fait de recettes supérieures aux attentes.

Vous constatez cependant que les conditions du redressement des finances sociales restent à définir et à organiser sur la base de réformes à engager, notamment dans les domaines de la retraite et de la santé. En ce sens, vous formulez dans votre rapport plusieurs pistes dans l'optique de contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale. Vous mettez en avant la nécessité d'une articulation plus rigoureuse entre les objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et les actions visant une meilleure satisfaction des besoins de santé de la population par des soins plus pertinents et de qualité.

Les lois de financement de la sécurité sociale, qui sont vecteurs précisément de cet objectif, devraient selon vous être étendues aux régimes complémentaires et d'assurance chômage tout en chaînant les objectifs annuels et pluriannuels des LFSS à ceux des documents de cadrage des finances publiques, en association avec les ministères chargés de la sécurité sociale et du budget. Comment et sous quelle forme concevez-vous ce pilotage interministériel, en articulation avec l'élaboration des LFSS et l'objectif de réduction des dépenses publiques ? Plus précisément, quelles modalités organisationnelles et temporelles proposez-vous ?

M. Jean-Pierre Door (LR). Monsieur le premier président, année après année, vous faites des recommandations. Nous souhaiterions que vous soyez plus écouté et vous me direz peut-être si vous êtes ou non écouté.

À la fin de l'année 2025, le Gouvernement prévoit encore un déficit d'environ 15 milliards d'euros. Vous signalez dans votre rapport que la CADES ne pourra pas couvrir les déficits après 2025. Que faut-il faire ? Faut-il ouvrir une nouvelle dette sociale ? Faut-il ouvrir la loi organique ?

Ma deuxième question concerne le financement de la cinquième branche. Je trouve que le PLFSS 2022 est assez pauvre sur ce sujet alors qu'elle a été ouverte l'an dernier.

Ma troisième question porte sur la prévention. Dans l'ONDAM, les dépenses de prévention sont éclatées entre divers sous-objectifs. Leur estimation est encore très perfectible. Quelle est votre estimation des dépenses de prévention ? Faut-il les financer par l'assurance maladie ? Faut-il avoir une information plus claire dans le cours du PLFSS ? Aujourd'hui, nous ne connaissons pas réellement les dépenses de prévention.

Enfin, que pensez-vous de l'avenant 9 signé par les médecins de ville avec les caisses d'assurance maladie ? Cet avenant confirme les sujets de la télésanté, d'une visite longue pour les personnes âgées. Il signe des points intéressants, qui peuvent aller dans le sens des recommandations de la Cour.

M. Philippe Vigier (Dem). Sur le volet « Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale », vous proposez dans votre onzième recommandation de lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins en ville et à l'hôpital à l'atteinte d'objectifs de pertinence. La voie à prendre n'est-elle pas celle de l'accréditation, telle que nous avons pu la mettre en place en biologie médicale, en l'étendant à l'ensemble des spécialités ?

Dans la treizième recommandation, vous suggérez de renforcer les outils et prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'ONDAM. La notion d'objectif régional de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) avancée depuis de longues années n'est-elle pas à retenir ?

Dans la proposition 19, vous parlez de la télémédecine dans une logique de coordination. Vous avez mentionné un effet d'aubaine, c'est vrai. Pour autant, dans la proposition 23, vous recommandez de mettre fin à la prise en charge à 100 %. Or, ce sont dans les zones les plus en déficit de professionnels de santé que s'est produit cet élan de télémédecine. Faut-il mettre un ticket modérateur et à quelle hauteur ?

Dans la proposition 20, vous voulez cibler les politiques d'aide à l'équipement des ARS et des CNAM sur les zones et publics prioritaires. Que faire de plus, puisque ces zones sont déjà ciblées ? À quoi pensez-vous précisément ?

La proposition 21 recommande de renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information de télésanté. Je suis tout à fait d'accord mais il serait déjà bien que, au niveau de l'hôpital public, cette interopérabilité soit totale et que la dématérialisation soit de mise. Or, ce n'est pas ce que nous vivons sur le terrain. Comme vous l'avez dit, monsieur le premier président, si la dématérialisation était présente – je crois qu'elle s'impose à tous en post-covid –, cela éviterait des redondances et nombre de dérives que nous constatons.

M. Joël Aviragnet (SOC). Nous abordons l'examen du PLFSS 2022 dans un contexte extrêmement délicat puisque la crise de la covid-19 et la contraction de l'activité économique ont considérablement dégradé la situation de nos comptes sociaux.

Dans son rapport, la Cour des comptes fait état du déficit historique de la sécurité sociale provoqué par l'épidémie de coronavirus – 1,7 point de PIB – et elle alerte sur la nécessité de consolider les finances publiques. Au sein du groupe Socialistes et apparentés, nous partageons cet objectif.

Cependant, la Cour estime dans son rapport que, pour consolider les finances publiques, il convient de « *modérer la progression des dépenses sociales* ». Nous sommes là en profond désaccord. Je constate que la Cour s'empresse de recommander la contention des dépenses alors même que l'épidémie de coronavirus n'est pas totalement maîtrisée sur l'ensemble du territoire français, avec des situations particulièrement graves dans les outre-mer. Par ailleurs, la reprise épidémique au mois d'août dernier doit nous appeler à la prudence et à ne surtout pas

tomber dans le piège de l'austérité budgétaire consistant à vouloir rétablir les comptes sociaux avant même d'avoir définitivement dépassé la crise covid-19.

Nous sommes favorables à la construction d'une trajectoire de retour à l'équilibre de la sécurité sociale mais cela demande un important travail de prospective financière. La question de la contention des dépenses ne peut pas être la seule solution faute de quoi nous détériorerions les conditions de vie de nos concitoyens et nous aggraverions les inégalités en matière de santé et de retraite. Nous pensons que la création d'emplois ainsi que la reprise économique doivent être centrales dans le rétablissement de comptes sociaux.

Aussi, alors que la Cour des comptes effectue des recommandations pour réduire les dépenses, je crois nécessaire qu'elle s'interroge également sur les recettes de la sécurité sociale, notamment sur la question de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales qui prive nos comptes sociaux de 7 à 25 milliards d'euros chaque année.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (Agir ens). Les éclairages de la Cour des comptes sont toujours précieux et celui-ci l'est particulièrement alors que les finances sociales de notre pays se sont profondément dégradées depuis la survenue de la crise sanitaire. Vous formulez un certain nombre de propositions pour améliorer l'efficacité de notre système de santé, notamment en étendant le champ de l'obligation de dématérialisation des prescriptions.

Dans cet avis, vous notez que le développement de l'usage des médicaments génériques et biosimilaires est en France moindre que dans d'autres pays européens, avec seulement 30 % du volume du marché pharmaceutique français contre 85 % par exemple au Royaume-Uni. Vous relevez que nous n'avons pas atteint les objectifs fixés en la matière dans le plan ONDAM 2015-2017. L'enjeu est pourtant de taille pour les finances sociales. En 2017, la Cour des comptes estimait que l'assurance maladie pourrait ainsi économiser 680 millions d'euros par an.

Dans ce PLFSS 2022, en proposant un cadre d'exercice relatif à la substitution de certains groupes similaires, le rôle des pharmaciens apparaît enfin. C'est un premier pas qu'il faut encourager mais c'est un tout petit premier pas puisqu'il pourrait permettre 6 millions d'euros d'économies alors que vous prévoyez qu'il pourrait amener 680 millions d'euros d'économies.

Vous estimez par ailleurs dans votre rapport que la généralisation de l'e-prescription pourrait favoriser une montée en puissance des médicaments génériques. Pouvez-vous nous indiquer si des estimations chiffrées ont été réalisées par la Cour des comptes sur le développement de l'e-prescription et de ces substitutions ? Quelles sont vos pistes de réflexion sur ce sujet ?

En LFSS 2021, nous avons voté un amendement concernant la généralisation du tiers payant intégral pour le 100 % Santé. Voyez-vous déjà auprès de nos concitoyens un impact de cet amendement et de la réalisation de cette mesure prise l'année dernière ?

Mme Valérie Six (UDI-I). Ce rapport nous est très précieux à l'aube de l'examen du PLFSS. Je souhaite vous interroger, monsieur le premier président, sur la partie relative à la sortie des modes de gestion de crise. Compte tenu de la soudaineté de la crise, notre système de santé s'est réorganisé dans l'urgence et il conviendrait de revenir à la normale à mesure que notre pays sort de la crise sanitaire.

Toutefois, si cela se comprend pour la perception des cotisations ou pour le versement des prestations sociales par exemple, nous sommes bien plus réservés concernant les démarches administratives qui pèsent sur le personnel de santé. Tous les professionnels que nous avons auditionnés ont pu nous dire que la crise a permis une souplesse inédite dans la relation des professionnels de santé avec l'administration. Ils ont pu passer plus de temps à soigner et moins de temps à réaliser des démarches administratives.

Une des leçons à tirer de cette crise serait de pérenniser cette souplesse mais, hélas, nous craignons que l'administration retrouve très vite ses travers et qu'elle soit de nouveau omniprésente dans le système de santé. Monsieur le premier président, considérez-vous comme nous que la gestion de crise a révélé qu'il est souhaitable d'alléger la part administrative dans le travail des professionnels de santé ?

M. Adrien Quatennens (FI). Monsieur le premier président, les trois parties de votre rapport ont des intitulés qui ne laissent aucun doute sur son orientation. Nous considérons que votre diagnostic est inutilement alarmiste.

D'abord, le système de retraite n'a pas de problème financier. Les projections du Conseil d'orientation des retraites montrent que la part de dépenses des retraites dans le produit intérieur brut diminuera rapidement à 13,5 % puis 13 %. Le Président de la République le reconnaissait lui-même dans son programme en 2017 : le problème des retraites n'est pas financier. Les déficits du régime général sont très inférieurs à ceux anticipés en 2021. Il était prévu 49 milliards d'euros contre environ 38 milliards d'euros dans les faits.

Le déficit attendu dans les prochaines années – environ 12 milliards d'euros en 2024 – repose quasi exclusivement sur le déficit de l'assurance maladie. Or, nous le disons, le système de santé est encore sous-financé. Pour nous, il n'est pas question de poursuivre la trajectoire de destruction telle que nous avons pu encore la voir au cœur de la crise avec plus 5 000 lits fermés à l'hôpital en 2020.

En bon « Père la Rigueur », vous prônez la baisse des dépenses mais nous vous entendons beaucoup moins sur la question des recettes. Pourquoi ne pas évoquer l'action systématique du Gouvernement pour dégrader les comptes ? Depuis 2019, l'État n'est plus obligé de compenser les exonérations de cotisations de sécurité sociale. L'ensemble des niches social se monte à environ 90 milliards d'euros annuels. Or, les besoins sont immenses et vous ne proposez que l'austérité comme ligne d'horizon.

Le Gouvernement prépare déjà cette austérité pour les prochaines années avec une progression de l'ONDAM, hors covid, en nette baisse de 6,6 % à 3,8 %, soit une diminution de 42 % en 2022. De plus, cette baisse se poursuivra en 2023 et 2024. Cette trajectoire ne correspond pas aux besoins de soin et il faut la traduire par une prévision de dégradation de l'offre de soins chaque année.

La teneur du programme de stabilité transmis par la France à la Commission européenne laisse craindre le pire. Les 3 points de PIB de dépenses publiques en moins d'ici à 2027 risquent de se traduire par une coupe dans les dépenses sociales. Nous avons le sentiment que la crise est déjà oubliée alors que l'épidémie de covid a mis en lumière les failles de notre système de santé.

Votre idée de montée en puissance du financement à la qualité, défendue dans le rapport comme une solution miracle pour améliorer la santé tout en diminuant les dépenses, est une illusion. D'ailleurs, les Britanniques en sont revenus, augmentant les impôts pour financer leur système.

Mme Jeanine Dubié (LT). Ma première question porte sur la cinquième branche autonomie, qui connaît déjà un déficit de 400 millions d'euros. Ce n'est pas étonnant puisqu'aucun financement propre n'a été prévu, si ce n'est en 2024 avec une réaffectation de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG). Vous indiquez dans votre rapport que, à partir de 2024, cette réaffectation permettra d'amortir les déficits des années 2021 à 2023 mais la question reste la même : que faisons-nous d'ici là ? Sans financement propre, le risque dépendance n'a aucune chance d'être réellement pris en charge par la sécurité sociale. Or, les besoins sont croissants pour les professionnels comme pour les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs familles. Monsieur le premier président, considérez-vous que nous pourrions avant 2024 affecter certaines ressources à cette nouvelle branche pour permettre une prise en charge effective par la solidarité nationale du risque dépendance ? Quel périmètre de la cinquième branche recommanderiez-vous afin d'assurer une meilleure lisibilité des lois de financement de la sécurité sociale en la matière et de permettre un suivi efficace des mesures et dépenses relatives à l'autonomie ?

Sur les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins et d'accompagnement des personnes vulnérables, une de vos recommandations est d'étendre aux secteurs des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des établissements sociaux et médico-sociaux le principe législatif visant à corriger progressivement les inégalités territoriales à travers la répartition entre régions de dotations fixées selon des critères transparents. Pourriez-vous expliciter ce point ?

Sur les retraites, vous dites être favorable à une réforme du système des retraites et indiquez qu'il faudrait, le moment venu, reprendre ce chantier mais sous conditions. Que préconisez-vous concrètement ?

M. Pierre Dharréville (GDR). C'est sans véritable surprise, monsieur le premier président, que votre prisme est comptable et cela ne fait évidemment pas une politique, qui plus est à l'heure d'une crise sociale et sanitaire qui se poursuit, avec les besoins qui l'accompagnent.

La logique de l'efficacité des dépenses, c'est-à-dire en réalité de la compression des dépenses bien souvent, nous en connaissons les effets à l'hôpital, qui a plus besoin de compresses que de compression. Nous nous inquiétons de la logique de la carotte et du bâton que vous esquissez, dont nous avons déjà connu les effets. J'aimerais d'ailleurs que nous puissions faire un bilan de tout ce qui a déjà été mis en place en la matière, en intégrant la question des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de leurs effets réels sur les dépenses de santé.

Nous nous inquiétons aussi lorsque vous insistez pour une réforme des retraites. Laquelle ? S'agit-il d'un nouvel abaissement des droits ? En tout cas, c'est ce qui était programmé dans la période précédente et qui semble être à nouveau à l'ordre du jour.

Nous nous inquiétons lorsque vous proposez une étatisation accrue faisant tout entrer dans le moule comptable. Vous parlez d'ancrer les choses ; une ancre est ce qui nous attache au fond.

Nous nous inquiétons un peu sur les accidents de travail. Quel est le diagnostic social qui fonde les recommandations que vous nous avez présentées ? Comment améliorer la prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles ?

Nous aimerions que vous nous parliez de l'efficacité côté recettes. Les exonérations de cotisation ont doublé depuis 2013 et il manquera 20 milliards d'euros pour financer les dépenses de santé en 2022, soit l'équivalent de l'allègement lié au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, sans parler des *Pandora Papers* que je n'ai pas le temps d'aborder dans mon propos. Nous vous rejoignons donc, d'une certaine façon, sur la critique des déséquilibres budgétaires mais absolument pas sur l'orientation que vous proposez pour y faire face.

Nous aimerions enfin en savoir plus sur le coût de la marchandisation de la santé à travers, par exemple, la croissance d'établissements privés ou le médicament, sur lequel des rapports existent. Comment pourrions-nous regarder autrement l'avenir sur ces points ?

M. Thierry Michels. En prenant connaissance de votre rapport, j'y retrouve un exercice essentiel pour notre démocratie, pour que l'investissement de notre pays dans la dépense sociale soit le plus fructueux possible et j'en remercie l'exigence de la Cour des comptes et de ses équipes.

Je souhaite avoir votre avis sur trois points. La prévention en santé est une préoccupation de la majorité. Cela a été loué à l'échelon international, comme notre

plan pauvreté ou notre plan « 1 000 premiers jours ». Je pense également au rôle positif de la loi pour renforcer la prévention en santé au travail de nos collègues Grandjean et Lecocq-Parmentier. J'espère qu'elle impactera positivement toutes les branches, au-delà de celle des AT-MP.

Comment mieux quantifier, suivre et valoriser politiquement la prévention en santé pour que, dans le travail du PLFSS et nos rapports avec l'Union européenne, cette prévention soit plus visible, traçable dans nos comptes, mieux cernée comme stratégique et efficace socialement économiquement ? Comment faire en sorte qu'elle soit mieux valorisée dans nos obligations européennes ?

Sur l'innovation en santé, j'ai vu que votre rapport pointait que la télémédecine et le suivi des professionnels de santé à distance pouvaient être plus largement déployés dans les EHPAD. C'est une démonstration de l'impact positif des approches novatrices pour améliorer la santé de nos compatriotes. Que pouvez-vous nous dire, monsieur le premier président, sur le financement et le suivi de la mise en œuvre de l'innovation en santé ? Je pense au dossier médical partagé tant promis et si attendu pour assurer un meilleur suivi des patients et éviter ainsi des actes inutiles. Il est essentiel de fournir à nos chercheurs toutes les données disponibles sur la santé de nos compatriotes pour qu'ils puissent, grâce aux techniques d'intelligence artificielle et d'exploitation massive des données, mieux comprendre et donc prévenir et traiter les maladies. J'ai à ce titre en tête les travaux remarquables du professeur Carole Mathelin des Hôpitaux universitaires de Strasbourg sur les origines environnementales de certains cancers.

Sur les complémentaires santé, la Cour des comptes a rendu fin juillet 2021 une communication exigeante, diront certains, sur l'efficacité des complémentaires. Je vois que votre rapport acte les efforts faits sur la complémentaire santé solidaire (CSS). Nous faisons encore des efforts substantiels dans le PLFSS 2022 pour améliorer la couverture santé complémentaire, qu'il s'agisse des agents publics ou de la CSS automatisée pour certaines catégories de fin de vie. Comment se faire plus exigeant vis-à-vis de l'assurance privée santé pour que, grâce à la systématisation de la complémentaire, le service rendu soit amélioré, le reste à charge moins important et les remboursements plus rapides ? C'est aussi l' élu alsacien qui vous parle ; au vu du régime local de sécurité sociale en Alsace-Moselle, vous comprendrez ma sensibilité et mon exigence à ce sujet.

M. Bernard Perrut. Dans le cadre de la rénovation de la régulation des dépenses d'assurance maladie, vous recommandez de renforcer les outils et les prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'ONDAM, en tenant compte des rééquilibrages nécessaires entre régions. Quelles sont vos propositions très concrètes pour y parvenir ? La Cour a-t-elle étudié la possibilité d'aller encore plus loin avec la mise en place d'une déclinaison régionale de l'ONDAM sous forme d'ORDAM ? Êtes-vous favorable, monsieur le premier président, à une co-gouvernance des ARS par l'État et le président de chaque

région, étant donné l'implication de ces collectivités pendant la crise sanitaire et le soutien qu'elles apportent à l'organisation territoriale de notre système de santé ?

Concernant la digitalisation, il semble paradoxal, eu égard à la richesse de la base de données médico-administratives dont dispose l'assurance maladie pour les remboursements, que notre système soit si peu développé. Face à l'absence d'une filière santé visible et unie en France, quelles mesures proposez-vous pour permettre une digitalisation puissante ?

Vous évoquez, monsieur le premier président, que le système de santé ne gagnerait pas en efficience à voir la télésanté s'installer comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes et vous encouragez un usage sélectif au service d'une meilleure coordination des soins. Comment, selon vous, accompagner un développement respectueux de la télésanté tout en continuant à la promouvoir dans les zones sous-dotées pour pallier le manque de médecins libéraux ? Êtes-vous favorable à l'équipement des médecins d'outils mobiles de santé, de e-santé et au renforcement de l'offre de formation continue en télé-médecine pour les infirmières et infirmiers libéraux ? Avez-vous estimé l'impact de la fin de la prise en charge à 100 % ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je me joins aux questions de mes collègues Jean-Pierre Door et Thierry Michels sur la prévention, un sujet de préoccupation d'autant plus important avec la crise sanitaire que nous traversons. Elle est l'un des piliers de la stratégie nationale de santé mais cela se traduit de façon trop modeste et insuffisamment évaluée.

Dans votre rapport, vous pointez notamment la nécessité d'augmenter la part de la rémunération des professionnels de santé sur les objectifs de santé publique, actuellement de 6,7 %. Vous notez aussi une réelle déception sur le dépistage des cancers, ce qui pose question sur l'efficacité de notre volonté en matière de prévention. Créée par la loi de finances pour 2020, l'annexe budgétaire « jaune » relative à la prévention et la promotion de la santé pouvait nous donner un nouvel essor pour l'évaluation de cette politique mais elle reste à questionner en matière d'organisation ainsi que d'évaluation du retour sur investissement. Par exemple, quel est le bénéfice de la vaccination contre le covid et quelles sont les dépenses de santé qui auraient été occasionnées sans elle ?

Enfin, vous avez aussi pointé l'application de l'ASPA. Comment l'évaluer ? Pour exemple, une personne de mon entourage qui fait une demande d'ASPA se voit décompter de cette ASPA les quelques heures de ménage qu'elle fait en complément de cette ASPA. Les professionnels de terrain ne sont donc pas bien au fait de la méthode de calcul de l'ASPA.

M. Marc Delatte. J'ai lu votre rapport à travers le prisme de la santé publique. Ce terme a germé lors de la loi du 15 février 1902 dans le cadre d'une politique de réaction aux épidémies et à l'insalubrité. À travers sa définition – prévenir et améliorer la santé de la population sur des territoires qui tiennent compte des vulnérabilités –, cette santé publique doit s'inscrire dans une vision

bidimensionnelle, horizontale en proximité et verticale. Le lien politique en santé publique est consubstantiel à l'éthique de la santé publique. Nous devons certes être responsables sur les dérives financières mais la pandémie crée des circonstances exceptionnelles.

Ma question porte également sur le volet de la prévention et sur l'axe de santé ville-hôpital en tenant compte du nécessaire virage médico-social s'inscrivant dans une stratégie de l'« aller-vers ». Vous avez d'ailleurs remis un excellent rapport sur les GHT, qui sont au milieu du gué dans la transformation de ce système de santé. Quelles sont vos préconisations pour accompagner ce virage, très attendu par la communauté médicale à travers l'article 51 dont elle s'est largement emparée en 2018 ? Quelles sont vos propositions sur l'évolution des financements dans une logique de parcours de soins gradués et coordonnés face à l'inflation des maladies chroniques et aux enjeux du vieillissement ?

Un exemple éclairant est celui de la chute des personnes âgées, responsable de 12 000 décès par an. Ces accidents coûtent 2 milliards d'euros par an à l'assurance maladie. Quelles sont les préconisations de la Cour pour vraiment impulser de la prévention dans ce domaine ? Il faut que nous ayons en France une culture de prévention.

Mme Stéphanie Rist. Comme vous l'avez dit, monsieur le premier président, la sécurité sociale tient une place majeure dans notre pacte républicain. Il me semble ainsi que l'hôpital joue ce rôle et nous pouvons être ravis de l'augmentation de 4,1 % de l'ONDAM dans ce PLFSS.

Vous proposez dans votre rapport d'accélérer les réformes de modernisation, notamment celle du financement que nous portons depuis quatre ans. Cette transformation du financement n'aurait-elle pas un sens et une portée encore plus importants si elle ne portait pas que sur les institutions mais aussi sur l'implication des acteurs producteurs de soins eux-mêmes ? En d'autres termes, comment décliner cette transformation au financement des producteurs de soins ? Ne faut-il pas aller vers une plus grande convergence des modes de rémunération ?

Mme Isabelle Valentin. Monsieur le premier président, le déficit de la sécurité sociale en 2021 devrait être un peu moins important qu'en 2020 tout en se situant au niveau très élevé de 34 milliards d'euros. Malgré le rebond de l'activité économique qui stimule les rentrées de cotisations, le retour à l'équilibre n'est pas en vue à court terme, les prévisions du Gouvernement faisant état d'un trou de 13 milliards d'euros à l'horizon 2025. C'est la branche maladie qui accuse le plus lourdement le coup avec 30 milliards d'euros en 2021.

Le Ségur de la santé, dont le financement monte en puissance avec 12 milliards d'euros en 2022, a été annoncé en juillet 2020. Il se traduit principalement par des augmentations salariales, qui étaient effectivement nécessaires, mais, en aucun cas, par une réforme de fond de notre système de santé.

Monsieur le premier président, qu'en est-il du financement pour le maintien à domicile ? En effet, toutes les enquêtes réalisées auprès de la population font état du souhait des Français de rester à domicile le plus longtemps possible. D'autre part, les familles ont de plus en plus de difficulté à assumer le reste à charge de leurs proches dans les EHPAD. Un nombre extrêmement restreint de personnes dans les groupes iso-ressources GIR 1 et GIR 2 sont maintenues à domicile, alors qu'elles le souhaiteraient.

Nous évoquons régulièrement le développement de l'ambulatoire. Il nécessite des matériels adaptés sans lesquels aucun maintien à domicile n'est envisageable. Les besoins sont donc croissants. Quelles sont vos préconisations en matière de financement du maintien à domicile, de revalorisation des statuts des personnels, de formation, de partenariat entre médecine de ville et hôpital dans une logique de parcours et de financement plus important des accueils de jour ?

Mme Nicole Sanquer. Ma question porte sur le cadre des LFSS. Comme la Cour le souligne dans son rapport, une proposition de loi organique réformant le cadre de ces lois a été adoptée récemment à l'Assemblée nationale. Elle permettra notamment de fixer un délai à la présentation du PLFSS et de créer une loi d'approbation des comptes de l'année écoulée au printemps.

Notre groupe a soutenu ces mesures mais, à la lecture du rapport, nous avons bien le sentiment que cette proposition de loi organique ne va pas assez loin. Ainsi, la Cour formule six recommandations pour réformer le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Ces recommandations sont très intéressantes, en particulier la pluriannualité de certains indicateurs des LFSS ou l'obligation de déposer un projet de loi de financement rectificatif lorsque les conditions de l'équilibre financier adoptées dans la loi de financement initiale se trouvent remises en cause.

Ainsi, monsieur le premier président, considérez-vous que la proposition de loi organique examinée récemment ne va pas assez loin ? Faudrait-il envisager un nouveau texte ?

M. Belkhir Belhaddad. Monsieur le premier président, vous avez relevé des progrès de gestion qui doivent être poursuivis. J'ai bien noté également que votre rapport est un rapport de transformation et ma question porte sur la gestion des recouvrements de cotisations des employeurs du secteur privé. Il s'agit d'un véritable enjeu. La réforme doit conduire à mettre en place une organisation de co-traitance tenant compte à la fois des compétences et des outils respectifs des URSSAF et de la retraite complémentaire des salariés de l'agriculture, du commerce, de l'industrie et des services (AGIRC-ARRCO). Vous avez eu l'occasion d'évoquer ce point l'an dernier.

Malgré tout, le système d'information des URSSAF n'est aujourd'hui pas en mesure de réaliser des contrôles automatisés de cohérence à grande échelle entre les données déclarées par salarié dans la déclaration sociale nominative (DSN). En effet, la collecte des prélèvements par l'URSSAF repose encore principalement sur l'exploitation de données agrégées par établissement de la DSN et non sur les

données individuelles déclarées par chaque salarié. Afin de surmonter cette difficulté, il est prévu que les URSSAF réalisent la plupart des tâches de collecte mais que le calcul des cotisations de retraite complémentaire par salarié soit réalisé par les salariés de l'AGIRC-ARCO mis à disposition, à l'aide des outils informatiques de l'AGIRC-ARCO. Cette situation ne doit *a priori* pas changer. Pouvez-vous nous le confirmer ? Quel est votre regard sur cette ineptie ou ce narcissisme mal placé consistant à avoir deux systèmes d'information, finalement plus chers pour le contribuable. Je rappelle que l'un d'entre eux coûte tout de même un peu plus de 100 millions d'euros. Que pouvons-nous faire face à cette situation ?

M. le premier président de la Cour des comptes. Je voudrais d'abord préciser ce qui peut être ou non attendu d'un rapport de la Cour des comptes. Je sais qu'on ne prête qu'aux riches mais, tout de même, ne nous prêtons pas des intentions ou des capacités que nous n'avons pas.

Notre rôle n'est pas de faire de la politique à la place du Gouvernement ou du Parlement. Nous n'avons pas d'idéologie cachée, nous ne sommes pas le *deus ex machina* des grandes décisions dans ce pays. Nous ne sommes pas non plus de vulgaires comptables austéritaires. Nous ne faisons pas que de la comptabilité et nos travaux reposent sur des évaluations, des analyses de politiques publiques assez approfondies, en dialogue avec les administrations concernées et les autorités publiques. Nous avons l'ambition d'élargir progressivement notre regard, d'y introduire davantage d'économie. Nous ne sommes pas non plus indifférents au sort de la société. Nous ne vivons pas à côté de la société et notre institution est l'une de ses composantes.

Les commentaires que j'ai entendus sur je ne sais quelle logique austéritaire ne me paraissent en réalité pas faire grand sens. Rappelons que nous vivons dans un pays dont la dette publique atteindra l'année prochaine 115 % du PIB et risque d'augmenter un peu dans les années qui suivent. Je ne me réfère absolument pas à des notions de finances publiques ou à des règles qui me paraissent devoir être réformées mais à de simples comparaisons. Nous sommes quelque 15 points au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, 45 points au-dessus de notre grand partenaire allemand. Dans une zone monétaire comme l'euro, avoir trois grandes économies dont l'une a une dette autour de 160 % du PIB, l'autre autour de 120 % et la troisième à 65 % est difficile. Cela finit par créer des tensions.

Nous avons vécu et nous vivons encore dans une situation exceptionnelle. Nous en sortons, heureusement, mais ces différences se verront et finiront par créer des contradictions qui peuvent être dommageables. Voilà la raison pour laquelle réduire la dette est tout simplement un impératif d'autant plus que, lorsque la charge de la dette augmente, c'est autant en moins pour l'éducation, pour la justice, pour la cohésion sociale, pour cette cause de la protection sociale et de la solidarité à laquelle vous êtes attachés.

De même, avec près de 60 % de dépenses publiques dans le PIB et des prélèvements obligatoires parmi les plus élevés d'Europe, soit près de 45 % du PIB, il n'est pas possible de parler d'austérité. Gardons tout de même quelques boussoles. J'ai entendu que l'ancre était ce qui nous attache au fond ; c'est aussi parfois ce qui nous empêche de dériver mais je ne veux pas entrer dans des considérations nautiques. Je ne suis pas un grand expert en la matière.

Notre philosophie n'est absolument pas de taper sur la dépense publique, de proposer tout de suite de revenir à je ne sais quel *statu quo ante*. La démarche que nous proposons est progressive et systémique. Il s'agit de modérer progressivement les dépenses tout en préservant celles qui sont utiles et en garantissant une prise en charge de qualité, en améliorant la justice sociale lorsque nécessaire, en ciblant sur les populations concernées, le tout dans une trajectoire de moyen terme. Encore une fois, ne nous prêtez pas des intentions que nous n'avons pas.

J'ai par exemple été interrogé sur les retraites et la maladie. Nous ne proposons pas de relever les impôts. Je crois qu'il faut veiller à la bonne dépense et toute vision réaliste conviendra qu'il existe tout de même des marges significatives. Celles-ci doivent être utilisées.

Dans le rapport que j'ai remis au Président de la République et au Premier ministre, j'évoquais deux pistes. L'une est la croissance et il faut des investissements. Nous sommes en déficit d'investissements. Ce déficit doit être comblé et il faut en même temps maîtriser la dépense. Nous devons marcher sur ces deux pieds.

Après ces précisions sur notre philosophie qui, encore une fois, n'est pas celle de la réduction des droits, de l'austérité ou de la traque de chaque euro de dépense publique mais celle de réformes favorisant une meilleure gestion, plus efficace et plus juste, associées à une réduction de la dette qui nous rende des marges pour plus de solidarité, j'en viens aux questions posées. Je laisserai ensuite la parole à Denis Morin sur des sujets connexes au rapport qu'il connaît infiniment mieux que quiconque.

Sur l'évolution des textes organiques, la Cour a évidemment suivi avec grand intérêt la proposition de loi organique dont vous êtes l'initiateur, monsieur le rapporteur général, ainsi que les travaux des commissions des affaires sociales de l'Assemblée puis du Sénat. Nous n'avons cependant pas à nous introduire dans le débat entre les deux assemblées.

La Cour est favorable à l'institution d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale discutée avant l'été, ce qui était d'ailleurs l'une de ses recommandations dans le passé. Elle saura, de son côté, agencer le calendrier de ses travaux pour une remise du présent rapport au moment de cette loi d'approbation des comptes.

En revanche, sans progrès majeur dans le calendrier d'arrêtés des comptes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, la Cour ne serait plus en état de fournir au Parlement les avis qu'elle doit rendre sur les tableaux d'équilibre et les tableaux

patrimoniaux de la sécurité sociale. Nous estimons que le calendrier réglementaire d'arrêt des comptes devrait être avancé de quinze jours et que la direction de la sécurité sociale doit mettre en œuvre un contrôle beaucoup plus ferme des caisses pour que ce calendrier soit respecté. Il en va de la qualité de l'information dont disposera le Parlement lors de l'examen des futures lois d'approbation des comptes.

La Cour n'a aucune objection à l'encadrement dans un délai de huit mois de la remise des rapports demandés par les commissions des affaires sociales, à l'instar de ce qui est prévu pour les rapports demandés par les commissions des finances.

Toutefois, j'attire votre attention sur le fait que, si le calendrier est vraiment très anticipé, nous ne dirons rien sur le PLFSS et, d'un certain point de vue, cela me paraît dommage. Je crois que le bon moment est celui dans lequel nous sommes plutôt qu'une anticipation trop importante. Je fais ainsi ce que j'avais dit que je ne ferai pas, c'est-à-dire que j'interviens dans le débat, mais j'ai tout de même un avis et je suis obligé de le donner.

Sur le risque de non-recouvrement, la priorité du Gouvernement pendant la crise était de maintenir à flot l'économie et de sauvegarder la trésorerie des entreprises. C'est compréhensible. La crise s'éloignant, nous pouvons espérer que le retour à la situation normale soit mené à bien en matière de recouvrement des impayés de cotisations également. Il ne s'agit pas de poursuivre le recouvrement des créances sans discernement mais en prenant en compte la situation particulière de chaque secteur d'activité, de chaque entreprise. Notre rapport fournit des recommandations à cet effet.

Vous préconisez d'accompagner le développement de la télésanté par des modes de financement autres que le paiement à l'acte. Vous avez raison de souligner l'intérêt d'aller vers de nouveaux modes de financement des actes de santé. Le financement n'est pas favorable à l'apparition de coopérations entre professionnels de santé ou entre secteurs de soin, de ville, hospitaliers ou médico-sociaux. Ce sont pourtant des évolutions qui me paraissent porteuses de gains de qualité et d'efficacité.

Plusieurs modèles alternatifs constituent des pistes intéressantes comme le financement d'un épisode global de soins, l'intéressement au regroupement de professionnels de santé libéraux ou la rémunération des coûts de fonctionnement d'une structure telle qu'une maison de santé en fonction de la qualité de prise en charge. Nous pensons que la prise en charge de la télésurveillance par un forfait est une évolution qui va clairement dans le sens de nos recommandations.

Sur les effets d'aubaine créés par l'essor des téléconsultations, la Cour a fait trois préconisations. La première est de mettre un terme au plus tôt à la prise en charge à 100 % des téléconsultations ou télésoins parce que cela facilite la facturation d'actes fictifs. La CNAM doit aussi intégrer dans ses plans de contrôle les risques spécifiques de fraude. Enfin, l'interdiction de facturer des honoraires pour de simples avis ou conseils devrait être rappelée par le Conseil national de l'ordre des médecins aux médecins.

Le rôle des dotations populationnelles pour le financement des établissements de santé des différentes régions est bien, pour nous, de favoriser une répartition plus équitable des financements entre régions et territoires de santé, en meilleure adéquation avec les besoins de la population. Toutefois, les outils financiers ne sont évidemment pas l'alpha et l'omega. Les autorisations d'activité, les contrats d'objectifs et de moyens sont des outils complémentaires indispensables. Je voulais vous rassurer sur ce point.

Monsieur le rapporteur général, vous m'avez transmis les questions votre collègue, Mme Limon, sur la branche famille. Je souligne tout d'abord que la priorité de notre pays est la maîtrise de ses dépenses publiques, à commencer par les dépenses sociales. J'ajoute, s'agissant de la branche famille, que deux aspects doivent être pris en compte et incitent à la prudence.

Tout d'abord, les excédents de la branche famille sont en partie liés au ralentissement, depuis 2014, du nombre de naissances et personne ne sait si cette tendance se poursuivra ou non dans les années qui viennent. Par ailleurs, à dépenses constantes, d'importants enjeux d'efficience existent dans le domaine des politiques familiales. Nous les avons illustrés l'an dernier en analysant l'action sociale de la branche famille.

Votre rapporteure s'interroge sur notre recommandation de renforcer la condition de ressources et de mieux moduler le montant de l'allocation en fonction de l'âge des enfants. Nous partageons absolument cet objectif. L'allocation de rentrée scolaire doit rester un mécanisme simple et c'est pourquoi, selon nous, il ne faut pas envisager de la transformer en dispositif de bons d'achat. La recommandation que nous faisons est purement paramétrique ; elle ne modifie pas la structure de l'allocation.

Madame Janvier, vous m'interrogez sur les perspectives de la nouvelle branche autonomie et les mesures prévues au PLFSS en faveur du secteur médico-social. Nous avons devant nous des enjeux démographiques considérables, avec près de 300 000 personnes dépendantes de plus attendues en 2030 et un accroissement de la dépendance qui pourrait représenter un surcroît de dépenses de plusieurs milliards d'euros d'ici 2030.

Ce n'est pas à la Cour seule qu'il revient de tracer les voies du financement. Il reste largement à organiser une fois qu'aura été pris en compte le transfert de CSG à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) prévu en 2024.

Je souhaite par ailleurs insister sur l'importance des chantiers engagés pour la réorganisation du secteur, qu'il s'agisse de l'implication des ARS, de la mise en synergie des acteurs ou du virage domiciliaire. Avec la crise sanitaire, ces chantiers ont pris une impulsion nouvelle qu'il convient d'entretenir. Elle est porteuse non seulement de réponses aux besoins mais également de plus grande efficience.

En ce qui concerne les mesures portées par le PLFSS, je note qu'une mesure pèsera significativement sur les comptes 2022. Il s'agit de l'instauration d'un tarif national plancher pour l'heure d'intervention des services d'aide et d'accompagnement, fixé à 22 euros dès le 1^{er} janvier 2022. L'effet des autres mesures sera, à notre sens, plus étalé dans le temps.

Vous revenez également sur l'analyse conduite par la Cour des différentes réformes du financement dans le secteur des établissements et services médico-sociaux. La réforme du financement des EHPAD, interrompue plusieurs fois comme je l'ai souligné, est enfin sur le point d'aboutir, telle qu'elle avait été envisagée – je n'ose pas le dire – en 2009 ! Ces retards s'expliquent notamment par l'insuffisante prise en compte dans les années 2016-2017 des effets de gagnant-perdant sur les ressources de la section dépendance.

En outre, à plusieurs reprises récemment, les financements des conseils départementaux sur la section dépendance ont été complétés par la CNSA pour parer à des inégalités trop fortes. Face à ce constat, la Cour préconise d'étendre au secteur médico-social le mécanisme de dotation régionale populationnelle pour corriger sur des critères transparents les inégalités territoriales.

J'ai été interrogé sur les perspectives financières de la branche vieillesse. La Cour est convaincue que la maîtrise durable des dépenses de retraite est indispensable. Je rappelle que la prévision à moyen terme montre à ce stade, en l'absence de mesures de redressement, une dégradation régulière des comptes de la branche vieillesse, dont le déficit passerait de 4,1 milliards d'euros en 2022 à 8 milliards d'euros en 2025.

Les motifs de pilotage d'une telle réforme ne sont pas uniquement financiers et les conditions ne sont évidemment pas uniquement financières mais des mesures de redressement sont rapidement inévitables. Même si nous excluons des hausses de cotisations en raison du niveau très élevé des prélèvements obligatoires en France, ce que je peux comprendre, les paramètres sont nombreux. Il n'appartient pas à la Cour de prendre position sur les leviers à mobiliser mais nous avons souligné dans le rapport que j'ai remis au Président de la République et au Premier ministre la question du temps, la question du dialogue social et aussi, bien sûr, les conditions d'équité entre catégories sociales et entre générations, qui sont très présentes dans notre esprit. Ces conditions ne doivent absolument pas être ignorées. Il y a là matière à débat, à un grand débat et à des décisions. Il faut les deux à notre sens ; je pense que c'est incontournable.

Sur le minimum vieillesse, il faut souligner la très grande complexité des règles de l'ASPA qui ont des effets dommageables. Une simplification des procédures de gestion doit être recherchée avec la récupération en ligne des informations relatives aux ressources, notamment auprès des autres administrations telles que la direction générale des finances publiques et la caisse d'allocations familiales ainsi que la vérification de la condition de résidence en France et de la réglementation. Vous trouverez les détails dans le chapitre X de notre rapport.

En réponse à la question de M. Christophe, les travaux de la Cour n'ont pas porté sur la reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle. Peu d'éléments étaient disponibles sur le sujet durant les travaux d'instruction des rapporteurs. Néanmoins, je vous invite à vous reporter le moment venu aux éléments que la CNAM publiera certainement dans son rapport de gestion AT-MP 2020.

Sur la proposition que nous avons faite quant à la possibilité de modifier les libellés des tableaux de maladies professionnelles existantes, les différents chapitres du RALFSS sont soumis aux administrations comme tous les travaux de la Cour et nous avons donc transmis ceux-ci à la CNAM. Les réponses sont publiées en annexe à notre rapport : en l'espèce, vous trouverez la réponse du directeur général de la CNAM en page 405.

Le chapitre IX du RALFSS ne développe pas la question du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, en effet, mais nous avons cependant noté dans le rapport qu'il conviendrait de rechercher une plus grande homogénéité des décisions de ces comités. Elles sont très hétérogènes, trop hétérogènes d'une région à l'autre.

La commission que vous évoquez est en effet présidée par un magistrat de la Cour des comptes, naturellement membre de la sixième chambre, mais ses travaux sont menés en toute indépendance vis-à-vis de la Cour des comptes, qui ne saurait être engagée par les travaux de toutes les commissions que ses membres président. Je rappelle également que l'avis rendu par la commission a pour l'État avant tout une finalité financière, c'est-à-dire qu'il sert à fixer le niveau du transfert financier de la branche AT-MP à la branche maladie.

Je remercie Mme Vidal pour ses commentaires positifs sur le rapport. Sur les finances sociales, nous proposons en effet l'extension du champ des lois de financement de la sécurité sociale au chômage et aux retraites complémentaires. Ce n'est pas dans une logique d'étatisation : il s'agit de permettre un débat démocratique sur ces sujets comme sur les autres risques. Je ne vois vraiment pas pourquoi ces sujets en seraient soustraits et, compte tenu de leur importance, je pense que ce serait tout à fait regrettable.

En réponse à M. Door, j'ai indiqué que le déficit devrait être fin 2025 de quelque 15 milliards d'euros. Le sujet CADES n'est donc effectivement pas réglé et il restera de la dette sociale. Il faudra sans doute rouvrir la CADES ce qui pose d'ailleurs, de façon générale, le problème de la dette dans notre pays.

Sur la prévention, nous souhaitons une information plus claire. La Cour produira à la fin de l'année un rapport sur le sujet, à la demande du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale.

Sur l'avenant 9, vous avez porté un jugement positif ; notre jugement n'est pas négatif mais il est aussi financier. Nous considérons que cet avenant 9 coûte tout

de même assez cher et que les conditions offertes en matière de télésanté sont assez favorables, pour ne pas dire trop mais je ne suis pas président de la sixième chambre.

Pour répondre à M. Vigier, nous sommes favorables à l'accréditation. Nous pensons en revanche qu'un ORDAM serait sans doute compliqué car les leviers de régulation des dépenses restent à ce stade nationaux. Il faudrait donc modifier l'ensemble de la gestion du système, ce qui est très ambitieux.

Pour les téléconsultations, nous prévoyons de revenir à 70 %. L'interopérabilité est absolument nécessaire pour aller vers la dématérialisation, par exemple pour prendre en compte les prescriptions à l'hôpital.

Mme Six nous a appelés à la souplesse. Vous pouvez bien sûr compter sur la Cour pour y veiller.

Mme Firmin Le Bodo nous a interrogés sur les génériques. Il reste sans doute des marges si nous comparons aux pays étrangers. Sur le 100 % Santé, le bilan est difficile car nous sommes en période de crise mais nous ferons sur ce sujet un audit flash. Les audits flash sont de nouveaux rapports que j'ai lancés, qui sont réalisés en trois ou quatre mois et non en une dizaine de mois. Ils permettent d'avoir une vision quasiment en temps réel d'une mesure ou d'une politique publique.

J'ai été interrogé sur la cinquième branche et j'ai déjà partiellement répondu. Elle sera sans doute en déficit, madame Dubié, mais il est prévu de basculer 0,15 point de CSG en 2024. Même si le déficit reste modeste, cela n'épuise pas le sujet des besoins à couvrir dans ce secteur et il faudra faire des choix.

Je laisse le président de la sixième chambre répondre pour ce qui concerne les GHT et les autres questions. Ces sujets ont été évoqués dans différents rapports au moins autant que dans le RALFSS.

M. Denis Morin, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Les questions posées portent essentiellement sur la prévention. Je crois que c'est un véritable sujet et le premier président a rappelé que nous préparons un rapport à la demande de l'Assemblée nationale. Il sera remis à la fin de l'année.

Sans déflorer le sujet, nous objectiverons le fait que nous dépensons autant pour la prévention que les pays voisins. Nous donnons les chiffres et, effectivement, c'est une information qu'il faut aller chercher.

Je rappelle que la prévention comporte quatre points et qu'il est difficile d'avancer sur ces quatre points car nous nous heurtons à des lobbies influents. En parlant du tabac, de l'alcool, de l'alimentation et de l'environnement, nous avons résumé la politique de prévention et de nombreux points relèvent effectivement du pouvoir législatif.

Sur le financement, nous tendons, en France comme dans les pays étrangers, vers un système de tarification à la fois à l'acte sur une partie variable selon les segments de notre système de santé et au forfait, que ce soit en ville, à l'hôpital ou dans le médico-social et en SSR. Nous mettons ce point en évidence dans le chapitre consacré à la réforme du financement hors médecine-chirurgie-obstétrique.

Je crois que cette convergence est bonne. Il faut effectivement une part de financement à l'activité ou à l'acte en ville et une part de financement au forfait. Vous avez évoqué, monsieur le premier président, l'importance des rémunérations sur objectifs de santé publique, qui permettent de mobiliser les professionnels de santé autour de sujets comme la santé publique et, éventuellement, la coordination entre les acteurs. Il faut aussi probablement des dotations qui veillent à compenser les inégalités de santé, un sujet majeur dans notre pays. En particulier, les dotations populationnelles répondent à cet objet.

Sur le virage ambulatoire, évoqué par Mme Valentin notamment, et le maintien à domicile des personnes âgées, je pense que la tarification est un élément de réponse important. Je rappelle que nous avons travaillé sur le virage ambulatoire en 2017 et montré dans le RALFSS que, quel que soit le secteur concerné, la prise en charge à domicile génère systématiquement des économies sur tous les postes des dépenses de santé. C'est un élément important qui montre que nous pouvons faire des économies tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Maintenir les personnes âgées à domicile est un élément qui favorise la qualité de la prise en charge, tout comme le fait de permettre un retour rapide de l'hôpital après un séjour bref. Nous voyons que ces éléments sont en même temps des éléments de qualité de prise en charge et de meilleure allocation des ressources.

Mme Sanquer a posé une question sur la réforme du cadre organique des lois de financement. Nous maintenons l'idée que l'obligation de collectifs serait judicieuse. L'an dernier, quatre collectifs ont porté sur le budget de l'État, mais aucun sur le budget de la sécurité sociale. Des éléments d'information seraient pourtant probablement utiles au débat démocratique, du point de vue de la Cour en tout cas. Nous proposons de poser le principe que, lorsque les conditions initiales de l'équilibre sont lourdement perturbées, il est obligatoire de déposer un collectif comme c'est le cas pour l'État.

De même, j'insiste sur le fait que la reprise de dette par la CADES, notamment quand elle porte sur des déficits futurs, devrait être monopole des LFSS, avec obligation de déposer une trajectoire de retour à l'équilibre qui donne la cohérence entre le montant de la reprise de dette et l'évolution future des déficits. Sinon nous avons une discordance, et c'est exactement la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

L'ORDAM est un instrument de régulation et de responsabilité mais un ORDAM sans levier de régulation au niveau régional introduit une discordance ingérable dans la durée. Nous ne pouvons pas avoir une négociation conventionnelle

nationale sans aucune adaptation territoriale et une responsabilisation à travers l'ORDAM. C'est juste impossible.

Sur la question de confier la coresponsabilité des acteurs régionaux de santé à l'État et aux collectivités régionales, la santé reste pour l'instant une grande politique de l'État. Il existe effectivement des financements de collectivités territoriales sur tel ou tel point – pas seulement des régions d'ailleurs mais souvent des communes – mais ce sont des financements d'un point particulier. L'essentiel de la politique est une politique nationale. Il n'est pas interdit de réfléchir à des évolutions, dont j'avais eu l'occasion de parler lors d'auditions antérieures.

Sur l'innovation en santé, je rappelle, comme vous l'avez dit monsieur le premier président, que la crise permet incontestablement le développement du numérique en santé. Les acteurs semblent y être davantage prêts qu'avant la crise et c'est un élément positif sur lequel il faut capitaliser.

Sur le transfert du recouvrement de l'AGIRC-ARRCO vers l'URSSAF, nous avons noté dans le PLFSS que cette disposition, bonne dans son principe, était reportée d'une année du fait de difficultés de mise en œuvre. Je suis évidemment favorable à ce report compte tenu de ces problèmes.

Nous avons travaillé sur la DSN dans le RALFSS voici trois ans et nous avons mis en évidence les éléments que vous soulevez dans votre question, monsieur Belhaddad, de l'insuffisante capacité à tirer toutes les potentialités de cet instrument important.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je tiens, monsieur le premier président, à vous remercier et vous féliciter encore une fois, ainsi que toutes vos équipes, pour la qualité de vos réponses et la qualité du rapport, qui ne manquera pas de venir enrichir nos débats.

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE DU PROJET DE LOI

Réunion du lundi 11 octobre 2021 à 13 heures

La commission entend, au Palais Bourbon et en visioconférence, M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, et M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11291974_616416c83ba83.commission-des-affaires-sociales--audition-de-m-olivier-veran-de-mme-brigitte-bourguignon-et-de--11-octobre-2021

Mme la présidente Fadila Khattabi. Notre ordre du jour appelle l'audition des ministres et la discussion générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, le dernier de la législature, dont notre commission examinera les articles après-demain.

Je remercie les ministres de leur présence, physique ou virtuelle, à un horaire inhabituel, mais il a été difficile de trouver un moment qui convienne à tout le monde. L'horaire aura du moins permis à chacun de prendre connaissance du texte, qui a été rendu public jeudi dernier.

Pour la première fois dans notre commission, le format de la réunion est mixte. Je crois toutefois que personne ne souhaite que le recours à une telle modalité de travail devienne habituel : nous nous souvenons tous que « *partout où ses membres sont réunis, là est l'Assemblée nationale* ».

M. Stéphane Viry. Madame la présidente, j'ai noté vos observations concernant le jour et l'horaire inhabituels de nos travaux parlementaires. Surtout, l'audition se tient au-delà de la date limite pour le dépôt des amendements. Une autre date aurait permis que nous modifions notre production législative. Par ailleurs, il est prévu que le PLFSS soit examiné en une seule journée. Il est inouï que la commission des affaires sociales ne dispose que de trois séances pour prendre la mesure d'un texte d'une telle portée et l'amender. Un examen mercredi au pas de charge laisse dubitatif, à moins qu'un filtre préalable d'irrecevabilité ne soit appliqué, ce qui serait inacceptable. Enfin, l'examen du dernier PLFSS de la législature est programmé un weekend, samedi 23 et dimanche 24 octobre. Cela fait beaucoup pour nous permettre de travailler en toute quiétude sur un texte majeur.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous entamons l'examen du texte mercredi, mais nous ne sommes pas obligés d'aller au pas de charge. Si nous ne l'avons pas fini le soir, nous pourrions le poursuivre jeudi matin.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. L'examen d'un PLFSS est un moment particulier. Cela vaut d'autant plus pour celui que nous examinons, le dernier du quinquennat. Je salue à ce titre la « promotion 2017-2022 », que j'ai connue à la fois comme député et rapporteur général, et comme ministre. Elle compte des personnalités engagées au service de nos concitoyens, d'où qu'ils viennent et où qu'ils se trouvent, politiquement. J'ai été très heureux de participer à cette commission, et de poursuivre le travail comme ministre.

Malgré l'amélioration des conditions de circulation du virus, la situation sanitaire continue de marquer le PLFSS. Les mesures sanitaires ont eu un coût en 2021, avec plus de 3 millions de tests réalisés, avec les vaccinations, les hospitalisations et toutes les opérations d'« aller-vers ». Un déficit durable d'environ 15 milliards d'euros est prévu, qui est non seulement la conséquence de la gestion de la crise sanitaire, pour protéger les Français, mais aussi le résultat des conséquences de la crise et des confinements. Il nous faudra définir collectivement une solution structurelle, qui devra faire jouer la solidarité entre les branches, notamment la branche vieillesse, et, pour la branche maladie, poursuivre ce qui a été engagé pendant le quinquennat, quoique ralenti par la crise – la prévention, le parcours de soins, la pertinence des soins. Le PLFSS 2022 le montre, nous ne reviendrons pas aux solutions du passé.

Ce PLFSS est donc celui de la sortie de crise. Il doit nous conduire non à tout figer mais, au contraire, à réagir. Pendant la crise, nous avons réagi avec le « quoi qu'il en coûte », le Ségur de la santé, le maintien des grands principes comme l'accès gratuit aux soins. C'est cela, la sécurité sociale.

La crise sanitaire a rendu d'autant plus flagrant le besoin de réinvestissement dans notre système de santé. Nous poursuivons avec beaucoup de détermination cette dynamique en faveur de la santé de nos citoyens et de ceux qui les soignent. Les efforts consentis dans le réarmement de notre système de santé, dans la revalorisation des salaires, des carrières des soignants ou dans les investissements dans le numérique étaient indispensables, et se poursuivront.

Le PLFSS 2022 traduit sans ambiguïté la poursuite de la réalisation des engagements du Ségur de la santé, pour bâtir un système de santé plus résilient. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre 2,7 milliards d'euros de financements supplémentaires au titre du Ségur par rapport à 2021. Le total des dépenses inscrites en base pour le Ségur s'élève donc à 12,5 milliards. C'est du jamais-vu !

Sur ces 12,5 milliards, 10 milliards sont directement à destination de celles et ceux qui soignent, c'est-à-dire des 2,5 millions de salariés des établissements sanitaires, médico-sociaux, et des soignants dans les établissements sociaux. En 2022, plus de 2 milliards supplémentaires sont consacrés à ces revalorisations et aux mesures qui prolongent le Ségur, afin de promouvoir la transformation des métiers et la revalorisation des soignants. 1 milliard est consacré à la montée en charge des mesures du Ségur à l'hôpital ; 770 millions concernent des revalorisations dans le

secteur médico-social, après l'extension du Ségur au médico-social, à la suite de la mission Laforcade ; 500 millions supplémentaires visent de nouvelles revalorisations auxquelles le Gouvernement entend procéder dès le 1^{er} janvier 2022. Il s'agit notamment de revaloriser les salaires des agents de catégorie C dans la fonction publique hospitalière – les aides-soignants de l'hôpital, qui touchent les plus petits salaires, bénéficieront d'un geste supplémentaire –, des sages-femmes, des médecins contractuels et d'instaurer des primes pour reconnaître les fonctions managériales des chefs de service et des chefs de pôle.

Les mesures se traduiront par une revalorisation. Avec les dispositifs du PLFSS, les sages-femmes hospitalières toucheront 4 500 euros net de plus par an à l'hôpital, soit 360 euros net par mois. L'effort est sans précédent. Par ailleurs, les chefs de service toucheront 200 euros de plus ; les chefs de pôle, 400 euros et les présidents de conférence médicale d'établissement ou de commission médicale de groupement, 600 euros.

Les mesures s'ajoutent à l'ensemble des revalorisations, regroupées dans le fameux complément de traitement indiciaire (CTI) de 183 euros net par mois, ainsi qu'à la refonte des grilles salariales et à l'investissement collectif. Ce que vous êtes amenés à voter vient donc en plus de ce qui a été signé avec les partenaires sociaux dans le cadre du Ségur de la santé l'été dernier : le Gouvernement fait un geste supplémentaire par rapport à l'accord majoritaire.

S'agissant des investissements matériels, plus de 2 milliards d'euros seront consacrés au soutien national à l'investissement au sein de l'ONDAM. Au-delà du Ségur, le PLFSS marque un effort exceptionnel pour l'hôpital dit en régime de croisière. En 2022, l'ONDAM hospitalier, hors Ségur et hors crise, augmentera de 2,7 %. Le Président de la République s'était engagé durant sa campagne et avec les fédérations, à augmenter le budget hospitalier de 2,4 % par an : nous allons au-delà des engagements que nous avons pris.

C'est mon huitième PLFSS : pour la première fois, il n'y a pas d'économies cachées dans le budget hospitalier. Habituellement, 700 millions à 1,2 milliard sont prélevés sur telle ou telle ligne de crédits de l'hôpital. En plus de cette rupture historique, si les hôpitaux faisaient des économies, ils garderaient la totalité de leur bénéfice et l'État ne récupérerait rien. Cela signifie non pas que l'on renonce à des gains d'efficience – au contraire, le mécanisme les encourage – mais que l'on donne une respiration dans les finances hospitalières, après une crise qui a mis les hôpitaux à rude épreuve.

En 2022, plusieurs réformes du financement, dont nous avons parlé les années précédentes, entreront en application, qu'elles concernent la psychiatrie, les activités forfaitaires de médecine ou les hôpitaux de proximité.

L'accès aux soins, y compris les plus innovants sera facilité. On généralisera les premières expérimentations issues de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, et on tirera les leçons de ce qui fonctionne. À titre

d'exemple, l'expérimentation « Retrouve ton cap » promeut une approche globale de lutte contre l'obésité infantile.

L'accès aux soins visuels sera facilité, alors qu'il faut aujourd'hui six mois en moyenne pour renouveler des lunettes chez un ophtalmologiste. De nombreuses études ont montré que le recours accru aux orthoptistes pour obtenir des verres correcteurs était possible. Il permettra de lutter contre les déserts médicaux dans la filière ophtalmologique.

Le dispositif des haltes soins addiction prolongera l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque. Il durera trois ans, avec des moyens augmentés, de manière à financer jusqu'à deux haltes supplémentaires par an. De beaux projets sont en cours de développement dans des régions confrontées à des difficultés importantes. La disposition tire le constat de la mission de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, selon laquelle une halte soins addiction réduit l'insécurité et l'insalubrité publiques, et renforce les capacités à accompagner des usagers de drogues, très éloignés de toute structure, dans un parcours de sevrage.

Le PLFSS vise également à généraliser la télésurveillance. Auparavant, les professionnels de santé n'étaient pas incités à suivre à distance les malades chroniques comme les insuffisants cardiaques, qui vivent avec des capteurs à domicile. À présent, ils seront rémunérés s'ils assurent le suivi de tels patients à distance, grâce au numérique.

D'autres mesures ont été annoncées par le Président de la République dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS). Plus de 1 milliard d'euros supplémentaire sera consacré au remboursement des produits de santé, avec une approche exigeante pour mieux financer l'innovation, sécuriser les approvisionnements du marché français, continuer de responsabiliser les laboratoires en opérant des baisses de prix sur des médicaments qui ont été rentabilisés depuis des années, et encourager la fabrication de médicaments en France, tout en en tenant compte dans leur prix. De telles mesures faisaient suite à des amendements du groupe Les Républicains.

Nous élargirons la liste en sus, avec 300 millions d'euros supplémentaires, pour faciliter l'accès précoce aux traitements les plus innovants pour les Français dans tout le territoire. En votant le PLFSS 2022, vous autoriserez aussi les pharmaciens hospitaliers à fabriquer des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur lorsque les laboratoires ne peuvent plus en fournir. Pendant la crise sanitaire, les hôpitaux sont parvenus à fabriquer des médicaments anesthésiques. Ils y seront autorisés hors crise, une fois le PLFSS voté.

Parmi les mesures figure également le remboursement intégral de la contraception jusqu'à 25 ans révolus, pour toutes les jeunes femmes. La contraception par préservatif a déjà fait l'objet d'un tel remboursement : les

préservatifs masculins sont remboursables sur ordonnance, pour qui le demande. Nous mettons fin à une inégalité.

Une autre mesure à portée sociale forte a été prise, celle d'élargir la complémentaire santé solidaire à tous les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ancien minimum vieillesse. Le recours sera désormais automatique, ce qui supprimera le risque de non-recours aux droits en matière de complémentaire santé. La question revenait régulièrement dans les PLFSS précédents, de la part de la gauche. La disposition du PLFSS 2022 est imparable.

Enfin, un an après la création de la cinquième branche de la sécurité sociale, le PLFSS comporte en faveur de l'autonomie des mesures fortes, que Mme Brigitte Bourguignon vous présentera.

Nous avons fait le choix d'un texte court – une quarantaine d'articles –, débarrassé des dispositions trop technos ou trop complexes qui caractérisent parfois la fin de la législature. Toutes les mesures sont positives pour les Français ainsi que pour notre économie et tirent les leçons de la crise sanitaire. J'espère donc que ce dernier PLFSS de la législature fera l'objet d'un consensus national le plus large possible, au sein de la représentation nationale pour commencer.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie. L'examen du PLFSS est toujours un moment important pour notre démocratie mais aussi pour la commission des affaires sociales que j'ai eu le plaisir et l'honneur de présider trois années.

L'année dernière, à la même période, nous posons ensemble les fondations d'une politique nationale en matière de perte d'autonomie, en créant et en finançant la cinquième branche de la sécurité sociale.

Cette année, nous parachevons la réforme en transformant radicalement l'offre destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La réforme n'a qu'un seul objectif : respecter le souhait des personnes âgées de rester à leur domicile. Soyons tous modestes, la priorité donnée au soutien à domicile n'est pas une idée nouvelle. Depuis quinze ans, les gouvernements successifs en ont affirmé la nécessité. Pourtant, nos concitoyens n'en voient pas toujours la traduction dans leur quotidien. Je cite souvent des chiffres troublants : en 2010, 61 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivaient à domicile, contre 59 % aujourd'hui. Ainsi, malgré les professions de foi successives, les lois adoptées par les majorités précédentes, et la volonté exprimée par les personnes âgées de rester à leur domicile, l'action publique n'a pas su atteindre un tel objectif.

Derrière la brutalité de ces chiffres, ce sont autant d'épreuves pour nos concitoyens car la perte d'autonomie regarde toute la société – nous avons été et nous serons tous concernés. Trop souvent, l'histoire est la même : une chute dans le logement, une hospitalisation, des interventions, un temps de rééducation, dans le meilleur des cas ; face à la vulnérabilité nouvelle, se pose alors la question du retour à la maison et du recours éventuel à des aides à domicile. Cela semble compliqué et la qualité de la prise en charge toujours un peu incertaine. On se résout à placer son parent dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), on se fait une raison : « ce ne sera pas si mal, il sera entouré », mais on se répète, des années après parfois, qu'il aurait pu peut-être rester chez lui plus longtemps si des solutions adaptées avaient existé.

Nos concitoyens n'acceptent plus que le maintien à domicile ne soit pas une réalité. Il en résulte une défiance à l'égard de l'action publique et du rôle du politique. C'est la raison pour laquelle il fallait changer de paradigme, et le faire dans l'urgence car la crise sanitaire a été une épreuve sans précédent pour les acteurs de l'autonomie. Du fait de l'accélération de la transition démographique, nous serons confrontés dans les années à venir à un défi collectif colossal. À l'urgence des besoins, je préfère répondre rapidement et concrètement à travers un texte budgétaire plutôt que de reporter la responsabilité sur le prochain gouvernement et de laisser la défiance s'installer.

Pour élaborer la réforme, nous sommes partis du quotidien des Français et des Françaises face à la perte d'autonomie. J'ai confiance dans notre capacité à changer de modèle et à répondre aux aspirations de nos concitoyens parce que notre réforme s'inspire de leur vécu.

Les structures offrant des services à domicile sont fragiles sur le plan économique. Les tarifs horaires sont souvent en deçà du coût de revient des services. Nous ne pouvons accepter plus longtemps dans notre République les disparités dans les interventions à domicile. Si le département doit rester un acteur de proximité de la perte d'autonomie, l'État doit garantir un financement identique des interventions partout sur le territoire national. Le PLFSS prévoit donc un tarif national minimal de 22 euros par heure d'intervention à domicile. Ce tarif plancher permettra un meilleur financement des interventions ainsi qu'une meilleure qualité de service pour les personnes accompagnées mais aussi pour les salariés.

En agréant l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile, l'État s'est engagé à revaloriser les métiers de l'aide à domicile, qui sont essentiels pour que les personnes âgées puissent rester chez elle. Grâce au financement de 200 millions d'euros que vous avez voté l'année dernière, l'État accompagne les départements pour augmenter de 13 à 15 % les salaires des aides à domicile du secteur associatif, soit près de 210 000 personnes. Les autres professionnels du domicile doivent aussi bénéficier d'une revalorisation : la hausse du financement par le biais de l'instauration d'un tarif national permettra aux employeurs commerciaux d'en accorder une à leur tour à leurs salariés.

Nous voulons également aller plus loin en allouant un financement complémentaire à la contractualisation entre départements et services à domicile. Je tenais à coconstruire cette nouvelle dotation, dite dotation de qualité, avec vous, avec toutes les fédérations de l'aide à domicile ainsi qu'avec les conseils départementaux pour garantir l'efficacité des financements dans les territoires. Cette dotation ne saurait être un outil ou un montant figé dans la loi et décidé depuis Paris : elle devra répondre aux besoins spécifiques des territoires et des personnes âgées qui y résident ; elle devra remplir des objectifs en matière de service public – par exemple des horaires élargis, le week-end notamment ou le repérage et la lutte contre l'isolement social des personnes âgées ; elle devra également financer des actions en direction des professionnels des services à domicile – des temps de coordination, d'échange et de supervision pour augmenter la qualité de vie au travail. Après avoir pris le temps de la concertation, je déposerai en séance publique un amendement visant à créer et à abonder cette dotation complémentaire.

L'instauration d'un tarif national et d'une dotation complémentaire a donc pour but de consolider les services et d'améliorer les interventions à domicile. Parallèlement, nous devons garantir à nos concitoyens une plus grande simplicité du système et une meilleure coordination des interventions. Pour ce faire, nous comptons réunir au sein d'une même structure les activités d'aide, d'accompagnement et de soins dont étaient chargées jusqu'à maintenant plusieurs structures différentes – services d'aide et d'accompagnement à domicile, services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile. La création d'un interlocuteur unique interviendra dès 2022 – une dotation à la coordination entre services sera octroyée à cet effet. En 2023, et au plus tard 2025, tous les services à domicile devront proposer aussi des soins, ou, *a minima*, signer une convention avec une structure de soins du territoire. Les services uniques, dits services autonomie, bénéficieront dès 2023 d'un financement de l'activité de soin fondé sur le niveau de dépendance de la personne qu'ils accompagnent, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La transformation profonde que propose la réforme répond au vécu de nos concitoyens.

Nous souhaitons aussi adapter les EHPAD pour leur permettre d'accueillir des personnes âgées dont la perte d'autonomie est de plus en plus avancée. À cette fin, il faut accompagner financièrement les établissements pour les soins spécifiques, notamment pour leur permettre de recruter des personnels spécialement formés, en particulier sur les enjeux liés à la maladie d'Alzheimer. Une enveloppe de 115 millions d'euros est donc prévue pour aider les établissements à faire face à ce défi.

Autre défi auquel ils sont confrontés : l'absentéisme des professionnels qui y travaillent. Certains prétendent que le recrutement de 100 000 professionnels permettrait de résoudre tous les problèmes des EHPAD, mais il ne sert à rien de financer des postes qui ne peuvent pas être pourvus. Les revalorisations prévues dans le cadre du Ségur de la santé pour lutter contre l'absentéisme, le plan métiers pour fidéliser les professionnels, ainsi que le financement de 10 000 postes supplémentaires : voilà comment nous répondons aux défis des EHPAD. Nous y

répondons aussi en généralisant les astreintes d’infirmiers de nuit et en augmentant le temps de présence de médecins coordonnateurs dans tous les EHPAD – deux jours par semaine au moins. Nous y répondons, forts des acquis de la crise, en développant massivement les équipes mobiles d’hygiène et de gériatrie afin de renforcer la sécurité sanitaire en lien avec l’hôpital. Nous y répondons en leur confiant de nouvelles missions ; certains EHPAD deviendront des centres de ressources pour les professionnels de l’aide à domicile dans leur bassin de vie. Nous développons la capacité de projection à domicile des EHPAD pour éviter que les personnes âgées soient contraintes d’aller dans un établissement, tout en respectant les missions des services à domicile. L’accompagnement renforcé à domicile, que l’on appelle à tort « EHPAD hors les murs », sera aussi ouvert aux services à domicile. Enfin, nous répondons aux défis grâce aux investissements prévus par le Ségur et le plan de relance qui finance, à hauteur de 2,1 milliards d’euros, la rénovation, la modernisation et l’ouverture des EHPAD.

La réforme de l’autonomie que contient le PLFSS est ambitieuse : elle représente 400 millions de mesures nouvelles en 2022 et 1,3 milliard en 2025. Elle est responsable puisqu’elle est financée entièrement par les ressources que vous avez déjà allouées à la branche autonomie.

Je sais pouvoir compter sur votre enthousiasme dans l’examen du PLFSS qui est aussi le vôtre : nous nous sommes inspirés de nombreux travaux parlementaires et désormais nous passons à l’action.

Je remercie Olivier Dussopt pour sa contribution sur les crédits d’aide à la personne.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l’économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics. La protection sociale a été lourdement mise à contribution pendant la crise, en finançant, d’une part, une campagne de tests massive – nous avons à ce jour réalisé et donc financé plus de 135 millions de tests au plan national, avant que les règles de prise en charge évoluent en fin de semaine –, d’autre part la vaccination dont le résultat est à la hauteur de nos espérances et surtout de nos objectifs – plus de 50 millions de personnes sont vaccinées. C’est certainement le meilleur investissement possible tant pour la santé publique que pour l’économie, puisque la vaccination nous permet de mettre fin aux mesures de confinement et de couvre-feu.

Pendant la crise, nous avons préservé les hôpitaux grâce aux moyens supplémentaires votés dans les projets de loi de finances rectificatives mais aussi grâce au Ségur de la santé en vertu duquel un montant sans précédent de 10 milliards d’euros leur a été alloué, auquel s’ajouteront, comme l’a indiqué Olivier Véran, des mesures complémentaires au bénéfice des soignants, à hauteur de plus de 2 milliards d’euros.

Le Ségur et le plan de relance permettent aussi aux hôpitaux publics et au système de santé de se rénover et de se désendetter – un montant de près de 20 milliards d’euros sur cinq ans y est consacré –, ce qui représente une autre forme d’accompagnement structurel.

Le PLFSS prévoit pour l’ONDAM hospitalier un niveau rarement atteint, pour ne pas dire jamais, qui s’accompagne d’une méthode nouvelle : il n’y a pas de mesures d’économies inscrites dans le PLFSS ; les gains réalisés par les hôpitaux en matière d’efficience, à l’occasion de réorganisations, leur seront intégralement restitués afin qu’ils bénéficient du fruit de leurs efforts.

Si la sécurité sociale a pu le faire et peut continuer à le faire, c’est également parce qu’elle connaissait une relative bonne santé financière au début de la crise : nous envisagions en effet juste avant celle-ci un retour à l’équilibre du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 2023.

Être ainsi proches du but nous a donné une capacité de réaction et des marges pour répondre à la crise.

La trajectoire des finances sociales a évidemment été très fortement dégradée par les décisions : ainsi la branche maladie a dû prendre en charge des dépenses exceptionnelles, à hauteur de 18 milliards d’euros en 2020 et de 15 milliards en 2021, et a connu une perte de recettes liées à la baisse de l’activité économique – voire à son arrêt dans certains secteurs.

Toutes les mesures de dépenses décidées par l’État pour le compte de la sécurité sociale ont par ailleurs été compensées à l’occasion des projets de loi de finances rectificatives : cette perte de recettes n’est donc aucunement liée à un transfert entre le budget de l’État et celui de la sécurité sociale.

En 2021, le déficit du régime général et du FSV s’est amélioré par rapport à 2020, passant, selon nos dernières prévisions, de 38,7 milliards à 34,6 milliards d’euros, ce chiffre étant moins élevé que celui que nous anticipions il y a encore quelques mois, notamment en raison de l’amélioration de la conjoncture économique.

Ainsi, une croissance de 6 % permet à la sécurité sociale de voir ses recettes progresser de 6,3 milliards. La crise ayant également entraîné une augmentation des dépenses, à hauteur de 2,5 milliards, le solde prévisionnel s’en est trouvé amélioré en 2021, même s’il reste à un niveau extrêmement élevé : – 34,6 milliards.

En 2022, en raison de la croissance mais également parce que nous envisageons des dépenses liées à la crise sanitaire moins importantes que les deux années précédentes, nous espérons réduire fortement le déficit malgré une trajectoire financière très positive puisque l’ONDAM s’élève à 2,6 % et même à 3,8 %, avec le Ségur.

En outre, le PLFSS 2022 intègre une provision de 5 milliards d’euros afin de faire face aux conséquences financières de la crise du covid.

Le déficit pour 2022 devrait atteindre 21,6 milliards d'euros, soit une amélioration de 13 milliards par rapport à 2021.

Il a toutefois vocation à rester durablement à un niveau élevé, autour de 15 milliards d'euros en 2025, ce qui nous devrait nous amener à réfléchir à la manière de retrouver une trajectoire d'équilibre. Certes, il est trop tôt pour mettre en œuvre des mesures et des réformes structurelles de retour à l'équilibre. Ceci étant, nous devons déjà y réfléchir pour la branche maladie, en nous appuyant sur l'ensemble des leviers existants, par exemple en renforçant la pertinence des soins ou en révisant certains modes de rémunération – je pense au chantier de révision des nomenclatures et aux recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) à ce sujet –, une fois refermée la parenthèse de la crise.

Nous devons également nous interroger sur les règles de gouvernance des finances sociales. Le Gouvernement considère que la proposition de loi organique déposée par le rapporteur général Thomas Mesnier va dans le bon sens puisqu'elle permettra d'améliorer le pilotage global de la sécurité sociale, de l'inscrire dans une trajectoire pluriannuelle et de renforcer la solidarité interbranches, qui nous paraît l'une des pistes les plus importantes pour assurer ce pilotage et le redressement tout en faisant le lien entre les finances sociales et le reste des finances publiques.

Enfin, s'il faudra certainement réfléchir à des réformes structurelles qui devront concerner toutes les branches, notamment la branche vieillesse, les conditions ne sont pas encore réunies.

Si certaines réformes ont été reportées ou suspendues, nous n'avons pas cessé, malgré la crise sanitaire, de réformer et de transformer le système de protection sociale : ce PLFSS va en donner une nouvelle illustration puisque nous allons simplifier la vie des Français, notamment en généralisant en 2022 le crédit d'impôt instantané, donc en assurant la contemporanéisation de celui auquel ouvrent droit les services à la personne.

Il s'agit à la fois d'accompagner le développement du secteur des services, de lutter contre le travail informel mais aussi d'aider les ménages à disposer d'une meilleure trésorerie. Les particuliers employeurs pourront en effet bénéficier en temps réel et au moment du paiement des prestations du versement du crédit d'impôt correspondant à 50 % des sommes réglées.

Dès le 1^{er} janvier 2022, les particuliers employeurs qui utilisent le chèque emploi service universel (CESU) + pourront bénéficier de ce versement contemporain. Dès le 1^{er} avril de la même année, ceux d'entre eux qui passent par des structures intermédiaires pourront également en bénéficier.

L'entrée en vigueur de cette mesure ne se fera qu'en 2023 pour les bénéficiaires de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) puisque nous devons trouver des modalités de fonctionnement et conventionner avec chacun des départements qui les gèrent.

Pour ce qui est de la garde d'enfants, elle n'interviendra, au travers de Pajemploi notamment, qu'en 2024 pour des raisons techniques, car nous ne voulons pas instaurer un système dont le fonctionnement ne serait pas tout à fait fiable.

Nous allons poursuivre le chantier d'unification du recouvrement, avec notamment le transfert en 2023 du recouvrement des cotisations retraite des professionnels libéraux de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse vers les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Nous allons enfin mettre en œuvre l'intégralité des annonces faites par le Président de la République le 16 septembre dernier pour l'amélioration de la protection sociale des indépendants. Le projet de loi de finances dont l'examen commence tout à l'heure intègre également des dispositions concernant leur fiscalité. Un projet de loi spécifique permettra enfin d'avancer en matière de protection du patrimoine personnel.

Ce PLFSS tire évidemment les conséquences de la crise, entame une trajectoire de normalisation sans renoncer à aucune ambition ni à aucune de nos réformes structurelles de modernisation et de simplification de la vie des Français et des assurés sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Le cinquième et dernier PLFSS de la législature s'inscrit dans un contexte économique et financier bien meilleur que celui de l'année dernière.

Le cycle de bonnes nouvelles n'est peut-être pas terminé puisque le Haut Conseil des finances publiques considère même que les hypothèses de masse salariale du projet de loi sont « basses ». Envisagez-vous donc de réviser les projections macroéconomiques au regard des dernières prévisions disponibles ?

Loin de se contenter d'agrégats financiers abstraits, ce PLFSS 2022 est fidèle à la volonté transformatrice qui nous anime depuis 2017 ainsi qu'à notre détermination à simplifier la vie de nos concitoyens et celle de nos entreprises : je pense notamment aux indépendants mais aussi à l'accès aux droits avec la systématisation de la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du RSA.

La transformation du système de santé se poursuit, pour le rendre plus efficace, plus accessible et plus attractif, au travers de ce PLFSS 2022 comme des précédents. Je pense notamment à l'entrée dans le droit commun de la télésurveillance ou à la traduction des mesures du CSIS pour faire de la France une nation innovante et souveraine en santé.

Une mesure importante du même CSIS, attendue par tous les acteurs, ne figure pas dans ce PLFSS car elle est de nature réglementaire : il s'agit de l'élargissement de la liste en sus. Où en est-on ? Quand les textes réglementaires seront-ils publiés ?

Le PLFSS contient un grand nombre de mesures sur les médicaments. Il prévoit notamment la possibilité de substitution de médicaments biologiques par les pharmaciens d'officine. Cette possibilité avait déjà été prévue par la LFSS 2014 mais jamais mise en œuvre, faute de décret d'application. Pouvez-vous nous assurer que, cette fois, ils seront pris ?

Par ailleurs, où en est-on s'agissant des grossistes répartiteurs ? Certaines dispositions figurent dans ce PLFSS : en prévoyez-vous d'autres ?

Ce texte contient également des mesures de santé publique majeures, telle l'extension de la prise en charge de la contraception pour les jeunes femmes de moins de 25 ans que nous saluons, je crois, sur tous les bancs.

Il entend également faciliter l'accès aux soins visuels par l'ouverture aux orthoptistes d'une primo-prescription de correction, mesure que je souhaite encadrer et accompagner.

Si beaucoup d'excellentes propositions figurent dans la copie du Gouvernement, le Parlement doit également être force de proposition : j'entends donner l'exemple.

Vous le savez, je me suis engagé, dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, dans une évaluation de la réforme du régime social des artistes-auteurs, en particulier les effets de leur affiliation sur l'ouverture de leurs droits sociaux.

De nombreux artistes-auteurs subissent encore les effets de l'absence d'encaissement de cotisations d'assurance vieillesse par l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs d'œuvres cinématographiques, musicales, photographiques et télévisuelles, ainsi que les écrivains, pendant parfois plusieurs dizaines d'années.

Ils bénéficient d'un système de rachat de leurs cotisations prescrites, dont les règles sont définies par une circulaire qui expire prochainement. Pouvez-vous nous dire si ce système sera reconduit et nous confirmer que le Gouvernement a bien l'intention de permettre à l'action sociale des caisses des artistes auteurs de soutenir les assurés dans le rachat de ces cotisations prescrites ?

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je salue tout particulièrement l'extension des accords du Ségur au secteur du médico-social et la revalorisation des services d'aide à domicile.

Alors que, depuis 2013, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général était structurellement excédentaire, la crise sanitaire a largement affecté ses recettes, provoquant en 2020 un déficit inédit, à hauteur de 200 millions d'euros. Elle redeviendrait toutefois excédentaire en 2021 et, en 2022, son solde s'établirait à 1,4 milliard. Ses dépenses devraient continuer de croître dans les années à venir mais à un rythme moins soutenu que les recettes, lui permettant de dégager un excédent de l'ordre 2,5 milliards en 2025.

En 2022, les prestations relevant du champ de l'ONDAM seraient en hausse, portées par le dynamisme des indemnités journalières, contrairement aux prestations hors ONDAM qui seraient en légère baisse, surtout en raison de la diminution tendancielle des prestations en lien avec l'amiante. À ce sujet, j'aurais souhaité que vous nous donniez quelques éléments sur les actions destinées à lutter contre le non-recours au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. L'Inspection générale des affaires sociales préconisait la généralisation d'une expérimentation menée dans quelques caisses d'assurance maladie en Normandie et permettant d'aller au contact des personnes reconnues comme victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante. Où en est-on ?

S'agissant des articles concernant directement la branche AT-MP, on peut se féliciter de l'amélioration de l'indemnisation des victimes de pesticides, prévue à l'article 50. Cet article permettra de mieux indemniser les salariés agricoles en outremer ainsi que les pathologies liées aux antiparasitaires vétérinaires. Il prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 le dispositif permettant aux assurés de déposer des demandes d'indemnisation dans des délais dérogatoires au droit commun. Avec quels dispositifs de communication comptez-vous promouvoir encore davantage le recours au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides ?

Pouvez-vous nous donner quelques éléments relatifs à l'indemnisation des victimes du chlordécone ? Le plan Chlordécone IV semble très bien engagée. Où en est-on de la création d'un tableau de maladie professionnelle relatif au cancer de la prostate associé à une exposition aux pesticides, dont le chlordécone ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Je me réjouis que le Gouvernement ait choisi d'engager de nouvelles mesures ambitieuses en faveur du soutien à l'autonomie dans le cadre de ce dernier PLFSS de la législature.

Certains nous reprochaient l'an dernier d'avoir créé une coquille vide avec la cinquième branche de la sécurité sociale. Or force est de constater que, PLFSS après PLFSS, cette nouvelle branche prend forme et ne cesse de croître : l'objectif de dépenses pour 2022, fixé à 34,2 milliards d'euros, est en augmentation de plus de 2 milliards par rapport à l'objectif rectifié pour 2021, soit une hausse de 6 %. C'est un effort considérable !

Ces chiffres traduisent plusieurs mesures figurant au PLFSS. Tout d'abord, l'article 29 consacre les accords issus de la mission conduite par Michel Laforcade au cours du premier semestre. Une grande partie des personnels du secteur médico-social bénéficiera d'une hausse de 183 euros par mois, ce qui représente un effort supplémentaire de 500 millions chaque année. Cette mesure était très attendue et les discussions avec les fédérations vont se poursuivre dans les semaines à venir pour améliorer notamment l'attractivité des métiers de ce secteur. Pourriez-vous nous en dire davantage à ce propos ?

Par ailleurs, je tiens à saluer les mesures prises en faveur des services à domicile, là encore tout à fait inédites. Après avoir adopté l'an dernier les revalorisations salariales qui ont permis d'amorcer le virage domiciliaire, nous voterons cette année la réforme de la tarification des services à domicile, notamment l'instauration d'un tarif plancher. Madame la ministre déléguée chargée de l'autonomie, j'aimerais en savoir davantage sur la dotation complémentaire que vous avez évoquée, notamment sur les critères qui permettront d'y accéder.

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. En ma qualité de rapporteure pour la famille, je me réjouis à double titre du contenu du PLFSS que vous venez de présenter.

L'automatisation de l'intermédiation du paiement des pensions alimentaires est mon premier motif de satisfaction. C'est un aboutissement logique, qui traduit notre ambition de lutter contre les impayés, dont les premières victimes sont les mères célibataires précaires. Celles-ci subissent encore trop souvent une double peine : la diminution de leur pouvoir d'achat du fait de la séparation et la charge que font peser sur elles les mauvais payeurs. Néanmoins, ce renforcement des missions des caisses d'allocations familiales (CAF) suppose des effectifs supplémentaires. Pouvez-vous nous confirmer que des moyens additionnels leur seront alloués dès l'année prochaine, sachant que le nouveau système s'appliquera alors aux décisions judiciaires de divorce ?

Je me réjouis en outre du retour de la branche famille à un niveau excédentaire, alors même qu'elle assume la charge des indemnités journalières dérogatoires instaurées en 2020 pour permettre la garde des enfants pendant le confinement. La branche renouerait ainsi avec un excédent qui s'établirait à 1,2 milliard en 2022 avant d'atteindre 5,4 milliards à l'horizon 2025.

Toutefois, cette trajectoire excédentaire contraste assez cruellement avec la stagnation de la natalité dans notre pays, déjà sensible avant la crise sanitaire : en 2019, il est né 60 000 enfants de moins qu'en 2014. Nous avons déjà engagé des réformes particulièrement ambitieuses : l'allongement du congé paternité, l'augmentation de la durée de versement du complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales, l'amélioration du congé maternité pour les travailleuses indépendantes. Je suis évidemment très fière de ce bilan, mais ne pensez-vous pas que la réflexion est désormais mûre pour engager à moyen terme une réforme du congé parental afin de mieux rémunérer sur une période plus courte ?

Une telle réforme nous permettrait de concilier plusieurs des objectifs que doit viser une politique familiale moderne : le bien-être de l'enfant, l'amélioration du taux d'emploi des femmes, un meilleur partage des tâches familiales. Elle nous permettrait sans doute aussi d'apporter une première réponse aux inquiétudes concernant la natalité.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Ce dernier PLFSS de notre législature traduit une nouvelle fois une mobilisation exceptionnelle de la sécurité sociale face à la crise sanitaire et la volonté de transformer notre système social.

En ma qualité de rapporteur de l'assurance vieillesse, je souhaite tout d'abord revenir sur les enjeux financiers de notre système de retraite. En 2021, le solde attendu pour le régime général serait stable, et le déficit se situerait autour de 3,7 milliards d'euros, comme en 2020. La reprise de l'activité économique devrait permettre de réduire de 1 milliard ce déficit l'année suivante, grâce à une progression des recettes. Les dépenses atteindraient 257 milliards pour l'ensemble des régimes de base ; elles seraient elles aussi dynamiques, compte tenu de l'accélération de l'inflation que nous voyons poindre.

À ce propos, je relève que le Gouvernement a de nouveau décidé de préserver le pouvoir d'achat des retraités en maintenant l'indexation des pensions de retraite sur l'inflation, alors que les partenaires sociaux viennent de faire un choix différent s'agissant des régimes complémentaires : à partir du 1^{er} novembre prochain, les pensions versées par l'AGIRC-ARRCO seront revalorisées de 1 %, au lieu de 1,5 % si elles suivaient l'inflation.

Concernant les mesures du volet retraites, je salue en particulier les dispositions en faveur des travailleurs indépendants. Les droits à la retraite des travailleurs les plus affectés par les restrictions sanitaires seront sécurisés grâce à un mécanisme qui leur permettra de valider autant de trimestres de retraite qu'au cours des années qui ont précédé la crise. Qui plus est, les professions qui n'étaient pas reconnues il y a quelque temps encore, comme les ostéopathes et les chiropracteurs, ainsi que les travailleurs indépendants ayant exercé à Mayotte et dont les cotisations n'ont pu être recouvrées en 2012 auront la possibilité de racheter des trimestres pour partir en retraite plus tôt et à taux plein. Je me félicite en outre de l'assouplissement du dispositif de cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé, qui ont été particulièrement mobilisés.

Mme Annie Vidal (LaREM). Je tiens à saluer le contenu de ce cinquième et dernier PLFSS de la législature, à la fois ambitieux et réaliste. S'il demeure marqué par la crise sanitaire, des mesures structurelles en émergent bel et bien. Ainsi, aucune économie ne sera demandée l'année prochaine aux établissements de santé, et l'ONDAM hospitalier hors dépenses de crise augmentera de 4,1 %. Ce PLFSS permettra en outre de poursuivre et d'intensifier nos efforts en matière de transformation du système de santé, d'amélioration de la prévention et de l'accès aux soins, de soutien à la perte d'autonomie, d'aide aux familles monoparentales.

Les dispositions relatives aux recettes de la sécurité sociale sont centrales. Nous pouvons présager que la reprise de la croissance économique aura un impact positif sur les recettes, grâce à la fin progressive du recours à l'activité partielle et à la création d'emplois. Le volet recettes prévoit une mesure importante pour le pouvoir d'achat des particuliers employeurs : le versement en temps réel du crédit d'impôt et des aides sociales liées aux services à la personne. Il comprend en outre des mesures visant à améliorer la protection sociale des travailleurs indépendants, comme prévu dans le plan qui leur est dédié.

Dans son dernier rapport, la Cour des comptes préconise d'étendre le champ des LFSS aux régimes de retraites complémentaires et d'assurance chômage, tout en chaînant les objectifs annuels et pluriannuels à ceux des documents de cadrage des finances publiques. Cette recommandation soulève de nombreuses questions. Quels sont vos avis sur ce point ?

Concernant le soutien à la perte d'autonomie, le texte prévoit 3,5 milliards d'euros d'engagements nouveaux, consacrant ainsi les mesures engagées dès 2020 avec la création de la cinquième branche. L'extension des mesures du Ségur, les revalorisations salariales, l'évolution des missions des EHPAD, l'accélération du plan d'investissement du Ségur et la création du système d'information pour la gestion de l'APA – lequel devrait, selon moi, inclure la PCH – sont autant de progrès en la matière. Je regrette toutefois que les professionnels intervenant chez les particuliers employeurs ne soient pas intégrés dans le dispositif de soutien au domicile, car ils représentent 50 % de l'aide à la personne. J'ai déposé des amendements en ce sens ; j'espère qu'ils recueilleront votre aval.

Concernant la santé, le texte comporte plusieurs mesures phares améliorant l'accès aux soins et la prévention : la prise en charge de la contraception jusqu'à 25 ans, l'accès facilité à la filière visuelle, la généralisation d'expérimentations structurantes en matière de prévention, l'entrée de la télésurveillance dans le droit commun de l'assurance maladie. Soulignons en outre que ce PLFSS marque un engagement historique en faveur du secteur du médicament, avec plusieurs mesures favorisant l'innovation et un budget en hausse de 1 milliard, conformément aux annonces faites par le Président de la République en juin 2021.

L'an dernier, nous avons évoqué la tarification des transports bariatriques. Or le dossier reste en suspens, malgré l'urgence de la situation. Qu'en est-il du rapport qui devait être remis au Parlement ? Si un accord général a été conclu en décembre 2020, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et les organisations de transport poursuivent des négociations spécifiques sur les transports bariatriques. Où en sont-elles ?

Je me réjouis que notre commission entame les débats sur ce texte mercredi matin. Le groupe La République en Marche présentera plusieurs amendements sur les volets autonomie et santé.

M. Jean-Pierre Door (LR). Vous le comprendrez, le groupe Les Républicains ne fait pas du budget de la sécurité sociale et de ce PLFSS la même analyse que la majorité...

Ainsi que cela a été indiqué à la Commission des comptes de la sécurité sociale, ces comptes ne vont pas se redresser avant un certain temps. Le déficit des régimes de base et du FSV devrait s'établir à 38,7 milliards d'euros en 2020, à 34,6 milliards en 2021 et à environ 21,6 milliards en 2022, d'après ce que vient de nous indiquer M. le ministre délégué chargé des comptes publics. Autrement dit, malgré une reprise de l'activité – soyons positifs et souhaitons qu'elle soit aussi durable que possible –, le retour à la normale n'interviendra pas avant de nombreuses années. On a même évoqué, pour la fin de l'année 2025, un déficit qui serait encore de l'ordre de 15 milliards.

Les dettes dont la gestion est confiée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) s'accumulent. Qu'envisagez-vous à cet égard ? La CADES devra-t-elle reprendre une nouvelle partie de la dette sociale après 2033 ?

Qui plus est, vous n'avez pas de vision d'ensemble de l'avenir du système de santé. Vous arrosez à tout vent, mais vous ne prévoyez pas à ce stade – c'est votre droit – de véritables réformes structurelles. À quand de telles réformes ?

Pour le financement de la cinquième branche, ce sont les assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG) et les départements qui seront mis à contribution, puisqu'une part importante du produit de la CSG sera transférée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

S'agissant des revalorisations salariales des aides à domicile, les départements dénoncent une mesure qui pèsera sur leur budget, à hauteur de 600 millions environ. On évoque un tarif socle de 22 euros, alors que le tarif moyen en France se situe actuellement entre 24 et 25 euros.

Quant à la politique familiale, elle est totalement en panne. Les associations contestent le transfert d'une part des recettes de la branche famille vers les branches maladie et autonomie. Un tel transfert est illogique, à plus forte raison dans un contexte difficile pour les familles.

J'en viens à la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie, qui concerne en particulier les établissements de santé. Il était prévu que les textes d'application soient publiés au cours du premier trimestre 2021. Où en sont-ils ?

Enfin, je souligne à mon tour que le dossier des transports bariatriques est toujours au point mort, alors même qu'un amendement a été voté à ce sujet en 2020.

M. Philippe Vigier (Dem). Le PLFSS pour 2022 intervient dans le contexte particulier d'une crise sanitaire, économique et financière sans précédent. Mais le pays a tenu, et le système de santé, fortement mobilisé, a fait preuve d'une capacité

d'adaptation qu'il ne faudra pas oublier. Nous devons apprécier les mesures prises, en particulier celles du Ségur, à l'aune de ce qu'ont fait les autres pays d'Europe.

Je souligne à mon tour, au nom du groupe Mouvement démocrate (MODEM) et démocrates apparentés, les importants efforts prévus, notamment la mobilisation de 2 milliards en faveur du personnel hospitalier. Les sages-femmes et les aides-soignants étaient en attente de telles mesures ; le secteur médico-social s'est senti oublié, mais cet oubli est désormais réparé.

Des avancées considérables ont été réalisées concernant la prise en charge de la contraception des femmes de moins de 25 ans, la définition d'un cadre pour la télésurveillance, la réforme de l'accès aux soins visuels, le remboursement des consultations de psychologues libéraux et la fixation d'un tarif plancher dans la branche autonomie. Les réformes structurelles tardent à arriver mais elles seront sans doute l'objet du prochain quinquennat.

Diverses améliorations sont encore attendues. S'agissant de la désertification médicale, êtes-vous prêts à assouplir le parcours de soins pour faciliter l'accès à des professionnels de santé ? Il n'y a pas de recette magique, le chemin à emprunter est celui des professions intermédiaires, qui ont montré qu'elles étaient capables d'intervenir à tout moment, des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), de l'exercice mixte ville-hôpital qu'il convient d'encourager et des médecins adjoints dont il faut faciliter l'exercice.

Un plan pour le développement des soins palliatifs a été lancé en septembre. Cette ambition exigeante doit être affichée de façon plus concrète dans le PLFSS, avec une déclinaison régionale afin d'apporter une réponse territoriale.

La politique du médicament est la variable d'ajustement des PLFSS depuis de longues années. Une nouvelle politique tarifaire serait envisagée concernant les médicaments innovants. Il faut aller plus loin, en réarmant l'outil pharmaceutique français pour lutter contre l'ultra-dépendance de la France et l'Europe dans ce domaine. Êtes-vous prêts à nous suivre en utilisant le plan de relance dans ce but ?

Le pouvoir d'achat a globalement tenu durant la crise mais, la croissance étant de retour, nous souhaitons étudier avec Olivier Dussopt les moyens d'aller plus loin en matière d'intéressement et de participation.

La labellisation des hôpitaux de proximité peine à se traduire localement. Alors qu'il existe un fonds d'investissement très important pour les hôpitaux, il faudrait garantir, région par région, que le maillage entre centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) et les petits centres hospitaliers généraux sera respecté.

Enfin, la télémedecine a montré son utilité majeure lors de la pandémie ; il convient de lui donner un cadre un peu plus formel.

M. Joël Aviragnet (SOC). Le PLFSS pour 2022 semble anticiper une sortie de la crise de la covid. Avec un déficit prévu de 21,4 milliards d'euros en 2022,

contre 34,5 milliards en 2021 et 38,7 milliards en 2020, l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale paraît engagée. Nous mettons toutefois le Gouvernement en garde contre un retour de la rigueur budgétaire en matière de santé, en particulier à l'hôpital, alors que la covid sévit toujours et qu'une reprise épidémique ne peut être totalement écartée.

Le texte comporte des mesures que nous soutenons, comme la gratuité de la contraception des femmes jusqu'à 25 ans – même si nous aurions souhaité qu'elle aille au-delà – et la simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du RSA et du minimum vieillesse. Cependant, le RSA n'est pas ouvert aux jeunes de 18 à 25 ans et n'est pas automatiquement versé aux personnes qui y sont éligibles. Le Gouvernement doit se pencher sur ces questions pour améliorer la couverture médicale des plus modestes. Nous saluons enfin l'instauration d'un prix plancher de 22 euros de l'heure pour les services de soins à domicile.

Toutefois, la situation critique de nos comptes sociaux résulte du choix politique du Gouvernement de faire supporter une partie substantielle du coût de la crise sanitaire à la branche maladie, désormais plongée dans un déficit durable, plutôt que d'y faire face avec le budget de l'État. Cela est tout sauf anecdotique, car la réponse aux urgences sanitaires relève de l'État et de la solidarité nationale. Or, en demandant à la solidarité professionnelle de supporter seule la charge de la dette covid, le Gouvernement exclut *de facto* de nombreux contributeurs de la participation à l'effort de guerre dont parlait le président Macron. C'est pourtant grâce au secours de la sécurité sociale que les multinationales, les actionnaires et les banques ont été sauvées et voient désormais leurs activités prospérer.

Nous alertons aussi sur la priorité que constitue la lutte contre la perte d'autonomie. Le PLFSS ne permettra pas de répondre au défi collectif du vieillissement de la population, la cinquième branche ne disposant pas de financements pérennes suffisants. Alors que les besoins de recrutements en EHPAD s'élèvent à 200 000 emplois supplémentaires pour atteindre le ratio d'un soignant par résident, le Gouvernement ne propose de créer que 10 000 postes en cinq ans : ce décalage est insatisfaisant.

Enfin, en 2022, l'ONDAM progresse de 3,8 %, une fois les dépenses exceptionnelles liées à la covid neutralisées – mais seulement de 2,3 % en tenant compte de l'inflation de 1,5 %. C'est très peu au regard des besoins de financement du Ségur de la santé. Quant à l'ONDAM hospitalier, son augmentation de 2,7 % n'est plus que de 1,2 % une fois l'inflation déduite, soit largement en dessous des 2 à 2,5 % nécessaires pour maintenir l'existant dans les hôpitaux, selon la Fédération des hôpitaux publics. L'ONDAM hospitalier se caractérise donc comme la poursuite, voire l'aggravation de la politique de fermeture de lits d'hôpitaux.

Mme Agnès Firmin Le Bodo (Agir ens). Avec 135 millions de tests et 50 millions de personnes vaccinées, l'État protecteur a parfaitement joué son rôle.

Pour la première fois, l'hôpital ne subira pas de baisse. Nous aurions toutefois aimé qu'un tel moratoire soit également appliqué au prix du médicament. Depuis plusieurs années, le secteur pharmaceutique supporte des baisses d'environ 1 milliard d'euros, ce qui le fragilise, comme la crise l'a démontré. Si le plan de relance permet à notre industrie pharmaceutique d'investir, un moratoire sur la baisse du prix du médicament lui permettrait peut-être de redevenir le leader qu'elle a été. Pourquoi encore tant de baisses ?

Après un long combat, les médicaments biosimilaires réapparaissent pour la première fois depuis 2014 dans le PLFSS. Toutefois, ils ne sont crédités que de 6 millions d'euros d'économies, alors que l'on peut en faire pratiquement 700 millions. Pourquoi ne pas aller plus vite dans ce domaine ?

Des efforts ont été faits concernant les grossistes répartiteurs, mais le compte n'y est pas tout à fait, notamment s'agissant des produits issus du froid. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur ce sujet ?

La nouvelle tarification des transports bariatriques n'a toujours pas été adoptée alors que nous avons voté des amendements à ce sujet en 2020. De même, concernant les produits hybrides, votés en 2019, les décrets d'application ne sont pas encore publiés.

Votre plan concernant les soins palliatifs est ambitieux : comment se traduit-il dans les chiffres ?

Je déposerai un amendement concernant le tiers payant intégral dans le cadre du 100 % santé, dispositif voté l'année dernière mais qui, pour des raisons techniques, ne semble pas aboutir.

Je salue les progrès accomplis dans le domaine de l'autonomie. Je m'interroge toutefois sur l'évolution du tarif socle de 22 euros : pouvez-vous rassurer les départements sur une hausse éventuelle et sur ses modalités de prise en charge ?

La dotation complémentaire est une bonne nouvelle ; j'aimerais en savoir un peu plus sur ce sujet.

Concernant les EHPAD plateformes, d'autres structures pourraient-elles assumer ce rôle de plateforme dans les secteurs géographiques dépourvus d'EHPAD ?

L'action publique a sans doute failli pour faire du domicile un véritable enjeu : comment pouvons-nous avancer sur le sujet de l'adaptabilité du logement ?

Enfin, il faut accompagner les professionnels et particuliers employeurs dans les mesures que nous prenons dans le PLFSS pour ce secteur.

Mme Valérie Six (UDI-I). Je tiens tout d'abord à manifester le désarroi de mon groupe parlementaire face aux conditions d'examen de ce PLFSS. Nous n'avons

eu que trente-six heures pour déposer nos amendements sur un texte aussi important, que le Gouvernement n'a pas jugé opportun de nous présenter avant l'expiration de ce délai. C'est irrespectueux de la représentation nationale, sans même parler des conditions de travail de nos collaborateurs.

Sur le fond, nous constatons avec inquiétude que le déficit de la sécurité sociale atteint 34 milliards d'euros, tandis que la dette sociale culmine à 166 milliards. Nous ne sommes pas les seuls à vous mettre en garde contre la dégradation continue des finances sociales. La Cour des comptes a souligné le risque qu'une partie des prestations sociales versées aujourd'hui repose sur les générations futures et que le déficit dépasse de manière permanente 10 milliards d'euros à partir de 2024. Notre groupe considère qu'il n'est pas responsable de faire reposer les politiques publiques sur les épaules de nos enfants, voire de nos petits-enfants.

Le virage domiciliaire est une aspiration des patients et des personnes âgées, mais c'est également une source considérable d'économies par l'allègement de la fréquentation des EHPAD et des hôpitaux.

Nous regrettons les insuffisances du texte en matière de prévention, car celle-ci participe du renforcement de la qualité des soins. En permettant une prise en charge plus en amont des pathologies, elle constitue une source formidable d'économies pour les finances sociales.

Le chapitre relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales est encore mince, car limité à un petit article. Nous ne pouvons pas nous en satisfaire et vous recommandons la lecture de l'excellent rapport d'enquête de nos collègues Pascal Brindeau et Patrick Hetzel sur ce sujet.

Pour ce qui concerne l'organisation de notre système de santé, nous avons besoin d'un grand acte de décentralisation avec l'instauration d'un objectif régional des dépenses d'assurance maladie (ORDAM), permettant de décliner les grandes orientations définies préalablement par l'État dans les territoires. J'en parle chaque année.

Enfin, nous regrettons l'absence de mesures fortes pour lutter contre les déserts médicaux. Il est plus que temps d'agir pour que chacun de nos concitoyens, partout sur le territoire, ait accès à un médecin. Or ce n'est pas l'ouverture du *numerus clausus* selon les modalités qui ont été votées qui permettra à elle seule d'assurer une meilleure répartition des jeunes médecins.

Sur tous ces sujets, et bien d'autres encore, le groupe UDI et indépendants présentera des amendements.

Mme Caroline Fiat (FI). Avec Mme Bourguignon, ancienne présidente de cette commission, M. Dussopt, ancien parlementaire, et M. Véran, ancien rapporteur général, comme ministres pour défendre ce texte, on se serait attendu, au minimum, à ce que la représentation nationale soit respectée. Eh bien non ! C'est même pire que sous l'ère Buzyn.

Où est donc l'époque où la présidente Brigitte Bourguignon et le rapporteur général Olivier Véran demandaient que le texte soit déposé plus tôt ? Les auditions de ministres servent à éclairer la représentation nationale, à répondre à nos interrogations sur les textes pour que nous puissions les amender. Quel est l'intérêt de vous auditionner après l'expiration du délai de dépôt des amendements, si ce n'est de pouvoir dire que vous vous êtes prêtés à l'exercice ?

Le texte n'a été déposé que jeudi soir et il est totalement différent de la version qui avait fuité. Je profite de l'occasion pour féliciter les collaborateurs de groupe et de députés : ils ont réussi, entre jeudi soir et samedi midi, à déchiffrer un texte aussi complexe qu'un projet de loi de financement de la sécurité sociale et à préparer des amendements. Ces conditions de travail sont inacceptables. Elles témoignent d'un véritable mépris envers notre institution.

En plus, on apprend que, contrairement à ce qui était annoncé, vous ne prévoyez qu'une journée en commission pour débattre de nos amendements, et que le débat en séance sur le passe sanitaire est programmé à cheval sur deux jours. Dans ces conditions, nous ne pouvons que craindre un taux d'irrecevabilité insensé pour nos amendements – battez-vous le record de l'année dernière ? C'est à craindre. En tout cas, l'organisation des débats n'augure rien de bon.

La démocratie fait la beauté de notre pays, et le débat fait celle de notre assemblée. De quoi avez-vous peur ? Que nous prouvions que votre politique a consisté à supprimer 5 700 lits en 2020, en pleine pandémie ? Que nous soulignons le fait que vous aviez prévu plus de déficit mais qu'en bons gestionnaires, vous avez préféré freiner les dépenses plutôt que d'effectuer celles qui auraient permis de répondre à la crise et à l'urgence sanitaire ? Que nous montrions que la fameuse reprise de la dette des hôpitaux est conditionnée à des plans budgétaires contraints, tandis que la fermeture des hôpitaux et la suppression de lits se poursuivent et que, sous couvert d'une grande rigueur budgétaire, vous prévoyez tout simplement une dégradation de l'ensemble de l'offre de soins ? Que nous disions que vous ne prenez en considération ni la démographie, ni le vieillissement des populations, ni l'évolution des maladies chroniques, ou encore que vous abandonnez le secteur de la psychiatrie, alors que les professionnels du secteur soulignent l'urgence ?

Je finirai mon propos en soulignant votre renoncement, votre trahison et vos mensonges à propos de la défunte loi consacrée au grand âge et à l'autonomie. Quatre ans de promesses, quatre ans de rapports, quatre ans de reports pour, en définitive, un seul article traitant des EHPAD dans ce PLFSS. Vous vous targuez d'annoncer l'embauche, d'ici à quatre ans, de 10 000 soignants supplémentaires, alors que Monique Iborra et moi-même, dans le rapport que nous avons présenté en mars 2018, préconisons de créer 210 000 postes en urgence, et ce ne serait-ce que pour arriver à un ratio minimal. Avez-vous si peu de respect pour nos aînés et pour le personnel des EHPAD ? Nous parlons de maltraitance envers les résidents de ces établissements, leurs familles et le personnel depuis 2017. Agissez et arrêtez de mentir sur vos actions !

Pour conclure, vos méthodes maltraitent les Français et leurs représentants. Nos concitoyens ne vous disent pas merci. Votre PLFSS est, hélas ! une triste farce qui ne répond ni aux enjeux ni à l'urgence du moment.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous examinerons effectivement le texte mercredi, mais si nous n'avons pas fini, nous ouvrirons le jeudi, bien entendu.

M. Pierre Dharréville (GDR). Après quatre années de compression des dépenses hospitalières enfin avouée, et en dehors du rattrapage prévu par le Ségur, soit plus de 4 milliards d'euros depuis 2017, vous avez enfin choisi de maintenir le niveau de l'année précédente. Cela ne permettra pas de réparer un hôpital en souffrance. Certes, cela marque une pause, mais ne casse pas l'engrenage des restructurations et des suppressions de lits, sous l'égide de groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont le bilan est pour le moins mitigé. Environ 13 300 lits ont été supprimés depuis 2017, dont 5 700 en 2020, en pleine crise sanitaire. Quels sont donc vos plans, de ce point de vue, pour 2022 ?

Vous prévoyez une provision de 4,9 milliards d'euros pour absorber les frais de la crise sanitaire, qui n'est pas achevée. Or, l'année dernière, les réserves se sont avérées insuffisantes. Sur quelles prévisions sanitaires se fonde cette provision ?

Je ne peux que me féliciter, tout en regrettant un délai de latence singulièrement long, de voir étendues les mesures de rattrapage du Ségur – même si celles-ci sont insuffisantes – aux agents qui avaient été oubliés. C'était un choix intenable, qui n'a pas été sans effets. Ce n'est pas faute de vous avoir prévenus.

Le problème est que vous n'en tirez pas toutes les conséquences. Par exemple, vous vous entêtez à maintenir un système d'exonération qui est devenu la règle, et vous refusez d'envisager des recettes nouvelles pour financer une réponse à la hauteur des besoins. Les recettes de la branche maladie restent inférieures à leur niveau de 2018, alors que cette branche fait face à une explosion des dépenses. Il manque 21 milliards pour couvrir les dépenses de santé, soit l'équivalent de l'allègement des cotisations patronales d'assurance maladie ayant pris le relais du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

La sécurité sociale est confrontée à une crise de financement. Les exonérations se chiffraient à 68 milliards d'euros en 2019, soit un doublement en cinq ans, pour un résultat économique contestable, et ce alors que les inégalités de revenus s'accroissent et que les paradis fiscaux prospèrent.

Vous êtes coincés dans votre logique libérale : les efforts se concentrent uniquement sur les dépenses. La reprise économique ne suffira pas à couvrir le delta, car les besoins en matière de santé et d'autonomie, par exemple, sont avérés. Il en résulte un déséquilibre budgétaire qui servira sans doute, à l'avenir, à imposer de nouvelles coupes claires dans la protection sociale. J'ai vu ressurgir le fantôme fatigué de la réforme des retraites. Vous avez évoqué également des transferts à la

CADES. La manœuvre est grossière : visiblement, vous préparez des régressions sociales. C'est donc un budget qui ne prépare pas correctement l'avenir.

Vous avez renoncé à la grande réforme de l'autonomie, tant annoncée. Loin des besoins identifiés dans le rapport Libault et le rapport Fiat-Iborra, vous présentez une hausse de 6 %, qui sera en grande partie absorbée par les revalorisations du Ségur en faveur du secteur médico-social. Les annonces vont globalement dans le bon sens, mais vous n'avez présenté qu'un échantillon : on est très loin du compte. Par ailleurs, la branche sera financée à 90 % par la CSG, c'est-à-dire par les salariés et les retraités, les employeurs ne contribuant qu'à hauteur de 6 % à travers la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Cela témoigne d'une fiscalisation croissante de la sécurité sociale.

Nous soutiendrons les mesures positives, telles que l'extension jusqu'à 25 ans de la gratuité de la contraception, la constitution de droits à la retraite pour les indépendants pendant les périodes où le covid a affecté leurs activités, ou encore l'accès facilité à la complémentaire santé. Mais il y a tant à rattraper ! En outre, les largesses toutes relatives que vous inspire la période électorale ne suffisent pas à impulser les changements d'orientation nécessaires.

M. Olivier Véran, ministre. En ce qui concerne l'extension de la liste en sus, la concertation a eu lieu, le Conseil d'État a été saisi fin août et le décret est en préparation. Le dispositif sera opérationnel le 1^{er} janvier 2022.

La question des médicaments biosimilaires se pose effectivement depuis longtemps. La disposition inscrite dans un PLFSS lors d'une précédente législature n'avait pu être appliquée, car la concertation avait été insuffisante. Lors de la dernière LFSS, l'engagement a été pris de constituer un groupe de travail. Celui-ci s'est réuni. Les usagers ont été associés à la concertation. La liste de molécules substituables sera définie par arrêté pris sur avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ainsi, l'acceptabilité pour toutes les parties prenantes sera garantie. Nous avançons de façon plus modeste qu'en 2014, c'est vrai, mais cette fois nous progresserons.

S'agissant de l'extension de la gratuité de la contraception pour les jeunes femmes de moins de 25 ans, l'information a déjà beaucoup circulé. Nous avons informé les professionnels sur le site de l'assurance maladie en ligne (AMELI). L'information est également relayée par le numéro vert national sexualités, contraception, IVG. Nous passons aussi par le Planning familial, les services de protection maternelle et infantile (PMI), les associations et les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD).

L'expérimentation conduite en Normandie dans trois caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dont l'objectif est d'aller au contact des personnes reconnues en maladie professionnelle liée à l'amiante, a bien fonctionné. Sa généralisation dans la région est en cours et, compte tenu des bons résultats obtenus,

j'ai demandé que l'on généralise progressivement le dispositif sur l'ensemble du territoire national à compter de 2022.

Depuis 2020, nous avons multiplié les opérations de communication à propos du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Un site internet spécifique a été créé pour informer et accompagner. Une campagne de sensibilisation des professionnels a également été lancée. Nous sommes en train de finaliser une campagne de communication globale dans les territoires antillais, sous l'égide des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et de la CNAM. Il apparaît en effet que le nombre de saisines est encore trop faible.

S'agissant de la création d'un tableau de maladie professionnelle relatif au cancer de la prostate associé aux pesticides, parmi lesquels le chlordécone, l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a rendu son rapport d'expertise collective en juillet dernier. Il conclut à un lien probable entre l'exposition aux pesticides et la survenue d'un cancer de la prostate. Tous les partenaires sociaux et toutes les commissions compétentes se sont saisis du sujet et se sont prononcés sur la création d'un tableau. Du côté des régimes agricoles, l'ensemble des organisations salariales et patronales ont donné leur accord de principe ; une nouvelle réunion a lieu demain pour avancer sur les modalités opérationnelles. En ce qui concerne le régime général, les travaux sont en cours. Il reste des divergences sur le principe d'un tableau. Les représentants d'employeurs souhaitent, par exemple, que soit menée une réflexion sur une meilleure prise en charge des cancers de la prostate par voie complémentaire et qu'une réflexion plus globale soit organisée sur la prise en charge des pathologies. Je suis attentivement la conclusion des différents travaux ; ensuite viendra le temps des arbitrages.

Nous avons déjà allongé le congé de paternité et amélioré le congé de maternité pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles, grâce aux propositions des parlementaires de la majorité. Une réflexion plus générale a été engagée sur le congé parental dans le cadre des travaux de Christel Heydemann et de Julien Damon, mais les résultats ne sont pas assez mûrs pour déboucher sur des propositions dans le cadre de ce PLFSS. Le sujet fera peut-être l'objet de débats au cours de l'année ; quoi qu'il en soit, à terme, nous avancerons.

En ce qui concerne les moyens des CAF, soyez rassurée : nous avons augmenté de 420 le nombre d'équivalents temps pleins pour tenir compte des nouvelles missions qui leur incombent pour l'intermédiation du paiement des pensions alimentaires.

Une enveloppe de 5 millions d'euros est prévue pour le financement des transports bariatriques. Des négociations avec l'assurance maladie sont en cours pour la mise en place de nouveaux tarifs. À cause de la crise sanitaire, ces travaux ont été repoussés à 2022. Le rapport prévu ne pourra être remis qu'une fois les nouveaux tarifs déterminés, ce qui sera fait dans quelques mois.

S'agissant des complémentaires et du régime d'Alsace-Moselle, j'ai saisi le HCAAM de l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC).

Le financement des produits de santé augmente de 2,7 % dans le cadre de l'ONDAM, soit la plus forte hausse intervenue depuis que je suis en mesure de lire un PLFSS ; c'est 50 % de plus que la tendance de la décennie écoulée. Soutenir l'innovation, c'est aussi reconnaître que, quand un médicament a été exploité pendant quinze ans, que sa production ne coûte plus aussi cher qu'au début et que la recherche et développement (R&D) a été totalement rentabilisée, on peut se permettre de baisser son prix. Le système est équilibré. Nous mettons le paquet sur l'innovation, l'accès précoce et la réindustrialisation.

Les accords issus du CSIS ont été très bien accueillis : 80 % des cadres de l'industrie du médicament les ont signés, ce qui est une première.

En ce qui concerne les médicaments hybrides, nous avons pris note de la décision du Conseil d'État. Nous travaillons avec l'ANSM sur le sujet.

Pour ce qui est des grossistes répartiteurs, le Gouvernement vient de confirmer le lancement des travaux pour l'instauration d'un forfait pour les produits froids rémunéré à hauteur de 30 millions d'euros, lesquels s'ajoutent aux 30 millions de baisse de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques. Cette mesure, prévue à l'article 4 du PLFSS, devrait permettre aux grossistes d'augmenter leurs marges de 30 millions. On n'a jamais fait autant pour cette profession, mais c'est un effort légitime car elle a été au rendez-vous durant toute la crise sanitaire.

S'agissant des soins palliatifs, 171 millions d'euros supplémentaires ont été accordés pour la période 2021-2024, afin de construire, en priorité, des structures en outre-mer ou dans certains territoires de la métropole qui en manquent cruellement.

Concernant la réforme du financement de la psychiatrie, le décret en Conseil d'État ayant été publié le 30 septembre dernier, elle devrait s'appliquer dès le 1^{er} janvier prochain. Selon les estimations, près de 90 % des établissements sortent gagnants de cette réforme. Pour les autres, les pertes seront amorties durant quatre ans.

Par ailleurs, le décret relatif à la réforme des soins de suite et de réadaptation (SSR) devrait être publié d'ici à la fin de l'année. Les simulations ainsi que les garanties de financement prévues sont rassurantes, là encore.

Quant aux 5 000 lits prétendument fermés, rappelons que si la transformation d'une chambre double en chambre simple pour éviter la propagation d'un virus très contagieux conduit bien à fermer un lit, ce n'est pas un acte volontaire. Le lit n'est fermé que le temps de la pandémie, pour des raisons sanitaires. Il n'est pas destiné à le demeurer. En revanche, tous les projets destinés à moderniser ou créer des hôpitaux, notamment dans la région de Mme Fiat, s'accompagnent de réouverture de

lits. Je mets d'ailleurs Mme Fiat au défi de me citer un seul dossier dans lequel nous demanderions la fermeture de lits en échange d'investissements. Je me suis moi-même assuré que cette logique-là était révolue.

M. Olivier Dussopt, ministre délégué. Si nous devons réévaluer la trajectoire macroéconomique, nous le ferons au fil du texte, comme l'année dernière. Un projet de loi de finances rectificative sera déposé en fin de gestion et le Haut Conseil des finances publiques sera saisi. Nous réfléchissons, avec Bruno Le Maire, aux différentes hypothèses car, selon nombre d'organismes, la croissance pourrait dépasser nos prévisions et atteindre 6,25 %.

En outre, le Haut Conseil des finances publiques, saisi début septembre avant la publication des chiffres de l'emploi par l'INSEE, a considéré que notre prévision de masse salariale était basse.

Concernant les artistes-auteurs, nous sommes ouverts à la reconduction temporaire du dispositif de régularisation de cotisations prescrites après 2021. Il reste en effet des demandes. La durée de reconduction doit être fixée avec les acteurs, mais on pourrait envisager un délai d'un ou deux ans. Le Gouvernement est favorable à une mesure qui permettrait aux services de l'action sociale d'aider les artistes-auteurs à bénéficier du dispositif de régularisation des cotisations prescrites.

Par ailleurs, le Gouvernement n'est pas favorable à l'extension du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale à l'UNEDIC et à la retraite complémentaire. Nous n'avons pas non plus prévu d'aller plus loin que la loi organique de 2020, par laquelle 136 milliards d'euros de dette sociale seront transférés à la CADES d'ici à 2023.

Il est paradoxal de parler de rigueur ou d'austérité quand l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) passe de 2,6 % à 3,8%, pour tenir compte des dépenses du Ségur et de la provision de 5 milliards d'euros, ou encore quand nous n'imposons aucune économie aux hôpitaux mais qu'au contraire nous leur proposons de profiter des fruits des mesures de rationalisation ou d'efficience qu'ils pourraient prendre.

Concernant plus précisément cette provision de 5 milliards, 3,3 milliards financeront la vaccination, 1,6 milliard financera les tests dont la prise en charge est prévue. Nous espérons que la sortie de la crise sanitaire nous évitera de prévoir d'autres dépenses exceptionnelles. C'est une provision, non un plafond. Si elle s'avérait insuffisante, nous serions en mesure de la compléter.

Enfin, 1 milliard d'euro a été transféré de la branche famille vers la branche maladie afin de prendre en charge les indemnités journalières pour garde d'enfant pendant la crise sanitaire. Cette mesure relève de la solidarité entre les branches.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Plutôt que de lancer des polémiques à propos d'un projet de loi, l'on pourrait reconnaître, me semble-t-il, l'effort massif que nous faisons en matière d'autonomie et d'investissement dans les EHPAD, qui est salué par les professionnels eux-mêmes. Vous résumez la politique du grand âge au recrutement de soignants, que vous jugez insuffisant. C'est en avoir une vision déformée et ignorer que malgré les augmentations issues du Ségur, les freins au recrutement subsistent. Voyez-vous, je préfère que nous adoptions une méthode plus réaliste, en les déverrouillant progressivement et en rendant ces métiers attractifs.

De même, il n'est pas pertinent de dresser des généralités sur les taux d'encadrement dans les EHPAD, car chaque établissement est différent des autres. Dans certains, plus de la moitié des patients souffrent de la maladie d'Alzheimer. L'offre devra donc être adaptée à chaque territoire.

Les crédits de la branche autonomie augmentent de 6 % : comment est-il possible de juger insuffisant cet effort sans précédent ?

Concernant la rémunération des aides à domicile et l'avenant 43, l'Assemblée des départements de France, par la voix de François Sauvadet, est d'accord pour le respecter. Beaucoup de présidents de département l'ont d'ailleurs prévu lors du vote de leur budget. De surcroît, les départements ne sont pas laissés seuls face à cette charge. Cette année, la compensation destinée aux départements s'élève à 70 %. Elle s'établira à 50 %, de manière pérenne, dans les prochaines années.

Pour ce qui est du tarif-socle, la moyenne se situe entre 20 et 21 euros mais certains départements sont restés à 17, voire à 16 euros, d'où la nécessité d'harmoniser. Pour les rares qui sont bien au-dessus, nous verrons comment la dotation complémentaire pourra compenser cette charge, car il n'y a aucune raison de ne pas récompenser les départements qui auront été plus vertueux que les autres.

S'agissant de la dotation qualité, les critères n'ont pas été totalement définis mais il faudra tenir compte de l'amplitude horaire, des zones blanches et de la lourdeur des pathologies. Nous verrons ensemble si d'autres critères peuvent être retenus.

J'en viens aux particuliers employeurs. La complexité pour évaluer le tarif national tient à la nature du contrat, quasiment de gré à gré, qui les lie au salarié. Nous avons reçu la présidente de la fédération la plus importante et nous nous sommes engagés à travailler ce sujet avec eux, sans oublier celui du crédit d'impôt.

Mme Stéphanie Rist. Ce PLFSS ambitieux et volontaire affiche, pour les établissements de santé, un ONDAM de 3,7 milliards d'euros en 2022, soit une augmentation de 4,1 %.

Cette hausse permet-elle de couvrir l'intégralité des surcoûts liés à la covid et de mettre en œuvre le Ségur de la santé – notamment les revalorisations salariales ? Permet-elle aussi la poursuite des transformations du système de santé, dont

l'importance a été rappelée lors de la remise du dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des LFSS ? Cette transformation est indispensable du point de vue économique, mais aussi pour continuer à améliorer l'attractivité des métiers de la santé et la qualité de la prise en charge des patients

M. Jean-Carles Grelier. L'article 33 de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi Rist, fait monter l'inquiétude dans les établissements publics de santé. L'hôpital du Bailleul envisage de fermer, à partir du 15 octobre, ses services des urgences et de chirurgie ainsi que la maternité, rien de moins. Je partage les inquiétudes sur le mercenariat et sur les risques financiers, mais ne faudrait-il pas assouplir le cadre trop contraignant de ce dispositif ? Déposez-vous un amendement en ce sens lors de la discussion de ce PLFSS ? Allez-vous donner prochainement des instructions aux directions des finances publiques, aux ARS et aux chefs d'établissement ?

Mme Aurore Bergé. Un chef de service masculin me faisait remarquer, non sans humour, qu'il était plus facile d'avancer sur la prostate que sur la santé des femmes. Je sais que ce sujet vous tient à cœur et que les nombreuses annonces en la matière seront suivies d'effet.

L'endométrieose, qui touche entre 2 millions et 4 millions de femmes en France, est souvent à l'origine d'une infertilité. Le Gouvernement a-t-il l'intention de lancer rapidement une campagne massive d'information et de détection concernant cette maladie ?

Les sages-femmes ont bénéficié d'une revalorisation salariale et d'une meilleure reconnaissance de leurs compétences. Mais encore faut-il que les femmes sachent qu'elles sont leur premier recours de santé. Là encore, le Gouvernement envisage-t-il une grande campagne d'information pour faire mieux connaître et reconnaître leur métier ?

M. Guillaume Chiche. Parmi les mesures de ce PLFSS qui vont dans le bon sens, j'approuve particulièrement celles sur l'accès aux compléments santé et à la contraception. Cependant, cela ne va pas suffisamment loin.

Nous traînons comme un boulet les 136 milliards d'euros de dette covid, qui ont été transférés à la CADES et qui nous empêchent d'aller aussi loin que nous pourrions le faire. C'est le cas pour la revalorisation des professionnels de santé, notamment les sages-femmes. Les mesures qui ont été annoncées pour ces dernières ne sont pas suffisantes. Il faut augmenter davantage leur traitement et ne pas trop jouer sur les primes. Il faut aussi mieux prendre en compte la valeur universitaire de leur formation pour permettre la reconnaissance de carrières hospitalo-universitaires. Il s'agit aussi de leur permettre d'effectuer certains actes de pédiatrie.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Vous avez dépassé votre temps de parole. J'en suis désolée, mais il fallait en venir directement à votre question.

M. Guillaume Chiche. Il est très difficile de poser des questions en une minute. C'est frustrant.

M. Boris Vallaud. Une minute ! C'est scandaleux !

M. Thierry Michels. Comment va être mise en œuvre, d'ici à 2030, la mesure destinée à alléger la dette des hôpitaux prise dans le cadre du Ségur de la santé ? J'y suis très attentif pour les hôpitaux universitaires de Strasbourg, qui ont accumulé une dette importante car ils n'avaient pas fait appel au concours de l'État.

Je salue l'extension des complémentaires santé, mais comment s'assure-t-on que le coût global de la santé pour nos concitoyens demeure limité ?

Enfin, il faut trouver une solution pour le transport des patients obèses. Si le secteur ambulancier n'y parvient pas, il faudra que l'État s'en mêle.

Mme Stella Dupont. L'application effective des mesures sur le terrain – le « dernier kilomètre » – progresse, notamment les financements du plan d'aide à l'investissement du quotidien dans les EHPAD. Mais on pourrait simplifier les procédures d'appel à projets menées par les ARS, souvent complexes et avec des délais de dépôt extrêmement courts.

Le manque de personnel conduit, dans certains départements, à des fermetures de lits de soins de suite et de réadaptation. Il y a vraiment urgence à tout essayer.

M. Marc Delatte. Après deux années difficiles au cours desquelles la priorité face à la pandémie a toujours été de sauver des vies, le rééquilibrage des comptes sociaux ne doit pas obérer l'accès effectif de tous aux soins. Je vous sais sensibles à une politique de santé efficiente et indissociable d'une éthique de santé publique.

Pourriez-vous préciser votre vision des territoires numériques de santé s'agissant de l'accès aux soins et des pertes de chances ? Dans mon territoire rural, à Chauny, nous attendons un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), utile pour la thrombolyse. Quel rôle souhaitez-vous pour la télésurveillance en matière de suivi des maladies chroniques ?

Les personnels de santé se sont appropriés l'article 51 de la LFSS de 2018, notamment pour la lutte contre l'obésité infantile. Pour les personnes âgées, pensez-vous étendre les idées qui en ont résulté aux chutes – responsables de 12 000 décès annuels et de 2 milliards d'euros de coût pour l'assurance maladie – et à l'accès aux soins dentaires, particulièrement en EHPAD ?

Mme Michèle Peyron. Dans le cadre des annonces du Président de la République relatives à la santé mentale, un entretien post-natal sera proposé le premier mois suivant l'accouchement, éventuellement suivi d'un second le troisième mois. Cet entretien sera remboursé par l'assurance maladie, ce qui implique que seuls les médecins et les sages-femmes pourront le conduire. Cette exclusivité pourrait pénaliser les services de la PMI, et donc les départements.

Ne serait-il pas envisageable de confier également ces entretiens à des infirmières puéricultrices ou à des psychologues, avec le même degré d'expertise et selon un protocole similaire à celui prévu pour les bilans de santé en école maternelle ? Une coordination est-elle prévue avec la médecine libérale, les sages-femmes libérales et la PMI ?

M. Olivier Véran, ministre. L'ONDAM est présenté hors conséquences de la crise de la covid et hors mesures du Ségur de la santé. Je le répète : sa hausse de 2,7 % est exceptionnelle. Lors de la précédente législature, son augmentation annuelle était comprise entre 1,7 et 1,8 %.

L'intérim médical est une question complexe, mais il faut passer à l'application de la loi. Ce week-end, j'ai consulté des directeurs d'hôpitaux et des présidents de commission médicale d'établissement (CME) : plus personne ne supporte qu'un hôpital soit obligé de payer 3 000 euros pour vingt-quatre heures de travail d'un médecin intérimaire, dans une forme de chantage à la fermeture. À un moment donné, il faut y aller. Vous en êtes tous conscients, puisque vous avez voté l'article 33 de la loi Rist.

La question est : à quel moment faut-il le faire, pour s'assurer que les effets de la mesure ne se cumulent pas avec ceux de l'obligation vaccinale et de la crise sanitaire ? Faudra-t-il appliquer cet article comme prévu, dès la fin du mois d'octobre, ou bien devons-nous nous accorder un peu de temps ? Je suis en train de l'évaluer. Ce n'est pas une question facile, mais je suis convaincu que nous devons avancer – et je sais que vous en êtes d'accord.

J'ai chargé deux professionnels d'une mission sur les causes de l'infertilité et sur l'accompagnement des parcours d'infertilité ; ils rendront leurs conclusions d'ici à la fin de l'année. C'est un sujet absolument fondamental.

J'avais également saisi des experts à propos de l'endométriase, sujet sur lequel le Président de la République a annoncé qu'il interviendrait. Au-delà d'une campagne d'information, nous nous orientons donc vers un grand plan destiné à améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge.

Je suis favorable à la proposition de Mme Bergé d'organiser une campagne d'information sur le rôle des sages-femmes à destination du public. Si vous y travaillez dans le cadre de ce PLFSS, je considérerai la question avec bienveillance, car c'est utile.

Plus généralement et sans revenir de manière exhaustive sur les actions menées en faveur des sages-femmes, je rappelle que leur revalorisation représente 100 millions d'euros par an, soit 360 euros nets mensuels supplémentaires et presque 4 500 euros nets par an. Personne ne dit que c'est trop, mais il n'y a pas d'autre exemple d'une telle augmentation de revenus dans la fonction publique. Des communiqués de presse de certains syndicats prétendent que nous aurions « du sang

sur les mains ». Retrouvons le sens de la mesure ! L'effort consenti par la nation pour les professionnels de santé est absolument inédit.

J'ai réuni 8 500 sages-femmes en visioconférence pendant une heure pour discuter de leurs prérogatives. Lors de leur manifestation nationale, sept organisations syndicales différentes ont demandé des rendez-vous distincts pour exposer leurs revendications, non seulement différentes mais aussi parfois opposées. Mon cabinet les a reçues séparément. Je respecte profondément les organisations syndicales, mais je souhaite que la République soit respectée.

Comme je m'y suis engagé, des travaux sont menés sur la possibilité d'une sixième année d'études. Prétendre l'inverse dans des tracts syndicaux est erroné, voire mensonger. Nous avons créé le statut de sage-femme référente. Je me suis également engagé sur l'identification d'une filière médicale à part dans la fonction publique hospitalière ; une circulaire reconnaît le statut médical des sages-femmes au sein des hôpitaux.

En revanche, même s'il ne fait aucun doute que le travail d'une sage-femme est absolument remarquable, je répète que le statut de médecin hospitalier concerne un métier et des prérogatives différents, et toutes les professions médicales n'y correspondent pas. Je me suis engagé à travailler sur le statut de praticien hospitalier pour les sages-femmes, dont le coût serait d'environ 800 millions d'euros par an.

Je souhaite que les discussions reprennent dans un climat apaisé, afin que puissent être signés les accords conventionnels en discussion, notamment dans le secteur libéral. Faute de quoi on continuera à perdre du temps et les revalorisations salariales sur lesquelles je me suis engagé ne pourront pas avoir lieu dans les délais prévus, c'est-à-dire au 1^{er} janvier 2022.

Le Ségur de la santé représente un assainissement financier de 188 millions d'euros pour les hôpitaux de Strasbourg, avec un grand plan d'investissement pour soutenir notamment la pharmacie et la restructuration de la psychiatrie. Je disposerai de l'ensemble des remontées des ARS sur les investissements et les reprises de dette des hôpitaux d'ici à la mi-octobre. Le Premier ministre aura l'occasion de communiquer sur l'effet de ce plan d'investissement massif pour l'hôpital.

J'ai bien noté les remarques sur la simplification des procédures pour les investissements du quotidien, et j'y souscris.

L'entretien post-natal est en quelque sorte le miroir de l'entretien prénatal précoce. Il s'agit de l'une des propositions de la commission des 1 000 premiers jours, qui est abordée dans le cadre des négociations entre les représentants des sages-femmes et l'assurance maladie sur l'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes. Ce qui nous ramène à mon propos précédent sur l'urgence de signer ce type d'accord, favorable aux sages-femmes mais aussi aux Françaises et aux familles.

Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée. Je retiens avec intérêt la proposition de M. Delatte au sujet de l'extension à la lutte contre les chutes des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51. Je ferai prochainement des propositions dans le cadre du plan antichutes sur lequel nous travaillons, en complément des mesures figurant dans ce PLFSS, comme la garantie d'une place en EHPAD à la sortie d'un service des urgences.

COMPTES RENDUS DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES DU PROJET DE LOI

Au cours de ses séances du mercredi 13 octobre 2021, la commission procède à l'examen des articles du projet de loi.

1. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 9 heures 30 (article 1^{er} à après l'article 12)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11306841_616687dabe4b1.commission-des-affaires-sociales--financement-de-la-securite-sociale-pour-2022-13-octobre-2021

Mme la présidente Fadila Khattabi. Après l'audition des ministres et la discussion générale, lundi dernier, nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, qui compte soixante-deux articles et fait l'objet de 449 amendements.

Nous prendrons tout le temps nécessaire pour ce travail. Nous avons aujourd'hui plus de onze heures de réunion devant nous mais si cela s'avère nécessaire, nous reprendrons nos travaux jeudi matin. Comme chaque année, du fait des dispositions constitutionnelles et organiques, il est difficile d'amender le PLFSS. En vertu de l'article 40 de la Constitution, les amendements formulés par les membres du Parlement ne sont pas recevables lorsque leur adoption aurait pour conséquence soit une diminution des ressources publiques, soit la création ou l'aggravation d'une charge publique. Or, pour ce qui concerne la sécurité sociale, il n'y a rien de surprenant à ce que les propositions des parlementaires entraînent des dépenses plutôt que des économies.

De surcroît, les amendements doivent franchir une autre barrière, spécifique au PLFSS : la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS). Le champ des lois de financement est précisément défini, sous le contrôle du Conseil constitutionnel. Les lois de financement ne peuvent comprendre que certaines dispositions. Tout amendement qui tendrait à dépasser ce champ serait considéré comme un cavalier social et jugé, de ce fait, irrecevable.

Le contrôle de la recevabilité des amendements incombe au président de la commission des finances. En commission comme en séance publique, il est d'usage de se conformer à ses avis. Je n'y ai pas dérogé. Par ailleurs, n'ont pu être déclarés recevables les amendements comportant des injonctions au Gouvernement, contrairement à l'article 20 de la Constitution, les amendements visant à modifier des dispositions réglementaires, contrairement à l'article 37 de la Constitution ou à étendre le champ de l'habilitation du Gouvernement à prendre des mesures par ordonnance en application de l'article 38 de la Constitution.

Au total, 1 107 amendements ont été déposés et 47 ont été retirés. La commission a été saisie de 1 060 amendements, dont 600 ont été déclarés irrecevables, ce qui est une proportion comparable à celle des années précédentes, de

l'ordre de 55 %. Deux groupes, celui de la Gauche démocrate et républicaine et celui des Socialistes et apparentés, sont en dessous de cette moyenne, tandis que deux autres, UDI et Indépendants ainsi que Libertés et Territoires, sont au-dessus. Il nous reste 449 amendements en discussion.

M. Joël Aviragnet. J'étais très en colère au début de la réunion ; après avoir écouté votre exposé et toutes vos explications, madame la présidente, j'ai envie de rire. Certains de nos amendements, habituellement acceptés depuis quatre ans, sont subitement jugés irrecevables cette année ! Expliquez-nous : soit la règle a changé, soit je divague !

Vous proposez de poursuivre nos travaux demain matin. Il aurait été souhaitable de l'inscrire à l'agenda ! Hélas, le rythme de notre commission varie en fonction de celui des ministres, ce qui illustre bien la condition de notre Parlement.

M. Pierre Dharréville. La liste des justifications est longue, en effet ; il n'en demeure pas moins que la situation témoigne de l'affaiblissement du Parlement. Au début de la législature, on nous reprochait de trop parler, puis de trop amender, ce qui vous a conduit à imposer des limites. Personne ne devrait se satisfaire d'une telle situation. Au contraire, il faudrait pouvoir discuter largement des sujets de santé et de protection sociale, en s'affranchissant du périmètre défini par le Gouvernement.

Tout comme M. Aviragnet, je déplore que certains de mes amendements, déclarés recevables l'an dernier, ne le soient plus aujourd'hui, alors que j'espérais vous convaincre de leur bien-fondé – il faut parfois du temps.

Je remercie ceux qui travaillent avec moi et grâce auxquels le taux de recevabilité de nos amendements est relativement bon mais je ne suis pas satisfait pour autant.

Mme Caroline Fiat. Je ne suis pas Mme Irma mais j'avais prédit lundi que le taux d'irrecevabilité serait supérieur à celui de l'année dernière. Vu votre agenda, la chose était prévisible ! Nous sommes passés cette année de 51 % à 55 % d'amendements jugés irrecevables ! Certains de nos amendements, recevables les années précédentes, ne le sont plus aujourd'hui. Il ne faut pas se moquer du monde ! L'année dernière, nous avons commencé l'examen du texte le mardi, à dix-sept heures, pour le terminer dans la nuit du mercredi, à deux heures du matin. Cette année, nous n'avons que le mercredi ! Je ne vois pas comment nous pourrions achever aujourd'hui. Nous étions tous là hier, pourquoi ne pas avoir commencé plus tôt ?

Bien sûr, vous pouvez ouvrir des réunions demain mais nous avons des rendez-vous dans nos circonscriptions. Je ne peux plus me permettre de systématiquement les annuler parce que l'Assemblée nationale n'est pas capable de tenir un agenda ! Le travail de sape a beau avoir été plus important que l'année dernière, il ne suffira peut-être pas pour nous faire finir à minuit.

Mme la présidente Fadila Khattabi. En pleine session budgétaire, nous sommes tous fortement mobilisés.

Mme Jeanine Dubié. Je salue vos efforts louables pour nous faire accepter la situation mais je devine qu'au fond, vous êtes aussi désolée que nous. Notre groupe, Libertés et Territoires, a subi le même sort que les autres. Sur une quarantaine d'amendements, il ne nous en reste que neuf. Je me demande même si je vais rester.

Le PLFSS nous offre l'occasion de réfléchir à nos politiques sociales. L'hôpital est en très grande souffrance. Malheureusement, ne nous leurrions pas : le temps est contraint puisque le Gouvernement a décalé le passage du texte en conseil des ministres, ce qui oblige le Parlement à s'adapter. Cela montre le peu de considération du Gouvernement pour les représentants du peuple. Le dernier PLFSS de la législature ne méritait pas d'être traité ainsi. Nous non plus.

M. Stéphane Viry. Vous avez tenté, Madame la présidente, de nous faire accepter une situation inacceptable. La manière dont le Parlement est traité témoigne de l'abaissement du pouvoir législatif, bafoué par le Gouvernement qui veut nous imposer à marche forcée l'examen de ce PLFSS. Comment a-t-il pu nous être demandé de déposer des amendements avant même l'audition des ministres ? C'est du jamais vu ! La programmation de l'examen de ce texte sur une seule journée dépasse l'entendement. Et vous nous proposez de siéger demain ! Alors que nous étions là, hier. Chaque année, à la même période, au même moment, se tiennent l'examen en commission des affaires sociales du PLFSS et en séance publique du projet de loi de finances. Nous avons toujours assumé nos fonctions.

Néanmoins, cela commence à faire beaucoup. Personne ne peut admettre la situation telle qu'elle se présente ce matin ! Si on baisse la garde, l'institution ne s'en remettra pas.

Enfin, les amendements servent à engager un débat, à inviter le ministre à répondre, à bousculer l'administration, surtout en matière de protection sociale. Peu importe, s'ils ne sont pas adoptés, mais ne fermez pas toute possibilité de s'exprimer sur la manière dont la France protège et soigne sa population.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je n'empêche personne de s'exprimer au sein de cette commission. De surcroît, je vous ai prévenus, dès lundi, que nous pourrions ouvrir des séances jeudi.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Je suis heureux de vous retrouver autour de l'examen de ce PLFSS. Je ferai de mon mieux pour vous répondre et éclairer le débat.

Tout était prévu pour que l'audition des ministres se tienne mercredi dernier, après la présentation du texte en conseil des ministres. Hélas, elle a dû être décalée. Nous avons fait de notre mieux pour réorganiser les travaux et entendre les ministres. Du fait du report d'une journée de la présentation en Conseil des ministres, nous

n'avons pu siéger en commission dès hier après-midi car nous avons dû achever de préparer le travail en commission. Je vous prie de nous en excuser, mais c'est afin de répondre au mieux à vos propositions.

L'examen du PLFSS est soumis à des délais très contraints, ce dont nous nous plaignons, sur tous les bancs, depuis quatre ans. Je compte sur vous pour voter ma proposition de loi organique qui prévoit des mesures pour que le PLFSS soit examiné dans de bien meilleures conditions.

M. Boris Vallaud. Pourriez-vous nous communiquer, avant l'examen des articles, les annexes 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 du PLFSS ?

M. le rapporteur général. Je les ai demandés au Gouvernement il y a quelques jours. Je ne doute pas qu'il réponde à ma sollicitation très prochainement.

M. Boris Vallaud. J'insiste ! On nous a demandé de déposer des amendements mais nous ne disposons toujours pas de ces annexes ! Je ne comprends même pas qu'en tant que rapporteur général, vous puissiez vous présenter devant nous sans en avoir eu connaissance ! Madame la présidente, je m'étonne que vous convoquiez une réunion de notre commission alors que nous ne disposons pas de l'intégralité des textes. Certes, le Gouvernement a jusqu'au 15 octobre mais les débats parlementaires doivent être organisés de sorte que la représentation nationale soit correctement éclairée. Je ne suis pas certain que le juge constitutionnel, en cas de recours, ne qualifie pas d'incompétence négative le fait que le PLFSS ait été examiné par des députés qui ne disposaient pas de l'intégralité des documents légalement requis.

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020

La commission adopte l'article 1^{er} sans modification.

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)

La commission adopte l'article 2 sans modification.

Elle adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisée sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire

Amendement AS759 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à s'assurer que tout le personnel soignant et les professionnels de santé retraités ayant repris ou poursuivi leur activité durant les mois d'octobre à décembre 2021 puissent bénéficier du cumul emploi-retraite. En effet, certaines personnes ont, semble-t-il, échappé aux dérogations prises à cette occasion.

M. le rapporteur général. Le dispositif prévu a bien une valeur rétroactive. Votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 3 sans modification.

Article 4

Allègement de la contribution « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques

Amendement de suppression AS382 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit de supprimer l'article 4 qui prévoit de réduire le taux sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques. En effet, non seulement cette réduction n'intervient pas au bon moment mais surtout, la baisse des recettes, estimée à 35 millions d'euros en 2021, puis 37 millions en 2022, n'est pas compensée pour l'assurance maladie.

M. le rapporteur général. Pour ce qui est de l'opportunité de la mesure, il y a maldonne sur ce que sont les répartiteurs pharmaceutiques. Certes, ce sont des entreprises privées mais qui participent à des missions de service public. Leur situation financière s'est considérablement dégradée ces dernières années.

Leur utilité, tout comme la crise que subit le secteur, sont largement documentées et reconnues par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la Cour des comptes, l'Autorité de la concurrence ou encore l'excellent rapport de la mission d'information sur les médicaments, présenté par nos collègues Audrey Dufeu et Jean-Louis Touraine, remis sous la présidence de M. Dharréville.

La mesure proposée, combinée à d'autres dispositifs, vise à rétablir durablement ces entreprises pour qu'elles retrouvent, non pas des excédents exorbitants, mais un équilibre économique bien légitime.

Concernant la question de la non-compensation, je suis attaché aux principes de la loi Veil mais ils trouvent mal à s'appliquer en l'espèce. Tout d'abord, si nous ne passions pas par une mesure fiscale, ce serait l'assurance maladie qui finirait par financer ces mesures de soutien. C'est d'ailleurs le cas, aujourd'hui, pour la marge réglementée et ce le sera peut-être demain, pour le forfait sur les produits froids.

Ensuite, il ne s'agit pas d'une exonération nouvelle pour un public spécifique mais d'un changement de taux de la taxe pour tous les redevables, le taux ayant déjà évolué à plusieurs reprises. La dernière baisse a d'ailleurs été décidée par la majorité à laquelle vous apparteniez en 2014, sans être compensée à la sécurité sociale.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Je me réjouis de cet article, qui nous donne raison. Nous avons en effet présenté des amendements les années précédentes pour améliorer la situation des grossistes répartiteurs. Cette mesure, pour autant, suffira-t-elle pour rassurer cette profession qui assure des missions de service public, en particulier l'approvisionnement des officines ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je me félicite que ce PLFSS, enfin, prévoie une mesure qui permette aux grossistes répartiteurs de revenir à l'équilibre. Ils ont montré, durant la crise sanitaire, combien ils étaient précieux pour accompagner l'État et nos concitoyens dans la distribution des masques et des vaccins. J'ai posé, moi aussi, la question de ce qu'il restait à faire, notamment pour les produits du froid. L'enjeu est de maintenir le maillage territorial auquel nous sommes tous très attachés. La fermeture d'une pharmacie dans un village est toujours un drame pour nos concitoyens.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur Aviragnet, les grossistes répartiteurs représentent 12 000 emplois qui ne sont pas délocalisables. Cette donnée mérite les efforts consentis aujourd'hui.

Mme Audrey Dufeu. Que M. Aviragnet se rassure : la mesure proposée permettra aux grossistes répartiteurs d'assurer leur mission de service public dans tous les territoires. Il pourra cependant voter pour l'amendement que je déposerai bientôt et qui concerne les grossistes répartiteurs qui ne respecteraient pas leur mission de service public.

M. Philippe Vigier. Je suis totalement opposé à cet amendement. Une partie du maillage territorial a en effet disparu. Il est grand temps de redonner de l'oxygène aux grossistes répartiteurs. Je suppose que la mesure a été calculée en fonction de leurs besoins mais il faudrait savoir si elle permettra de pérenniser le maillage.

M. le rapporteur général. Cette mesure va plus loin que les dispositions proposées par certains amendements, notamment l'année dernière. Celle concernant la marge est pérennisée tandis que l'annonce de la baisse du taux de la première tranche a été bien accueillie. De surcroît, le ministre a confirmé que, pour ce qui concerne les produits froids, la réflexion devrait bientôt aboutir. Finalement, l'ensemble de ces mesures, qui se chiffrent à près de 90 millions d'euros, dépassent largement les propositions de ces dernières années. Le secteur, qui accueille favorablement ces propositions, devrait retrouver l'équilibre et stabiliser durablement sa situation.

M. Pierre Dharréville. Je voudrais, tout comme M. Aviragnet, être rassuré. Ces mesures sont-elles raisonnables ? J'espère que le ministre nous en détaillera les effets. Pour ce qui est du comportement des acteurs qui n'assument pas leurs obligations de service public mais spéculent sur certains produits, j'espère que ce projet de loi prévoira les dispositions nécessaires pour mettre fin à ces comportements scandaleux.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS381 de M. Joël Aviragnet.

M. Boris Vallaud. Cet amendement de repli tend à ce que l'État compense la perte de recettes à l'assurance maladie occasionnée par l'alinéa 1 de l'article 4.

M. le rapporteur général. Il s'agit bien d'une politique de sécurité sociale et non d'une politique de l'État qui pèserait sur les comptes sociaux. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 4 sans modification.

Article 5

Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Amendement AS380 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à intégrer les conseils régionaux à la signature des contrats de reprise de dette hospitalière entre les agences régionales de santé et les établissements de santé concernés. Il semble en effet essentiel d'intégrer les élus régionaux aux décisions majeures qui portent sur l'avenir d'hôpitaux à rayonnement souvent régional.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait. Tout d'abord, le déploiement des dotations d'investissement, non seulement pour ce qui concerne les 13 milliards d'euros votés l'année dernière mais aussi les 6 milliards d'euros

supplémentaires au titre du Ségur, se réalise par l'intermédiaire des contrats de plan Etat-région.

Par ailleurs, s'agissant des contrats entre les établissements de santé et les ARS, l'ARS informe le conseil territorial de santé sur les orientations et l'évaluation des contrats pluriannuels conclus avec les établissements de santé tous les ans. Cette obligation, issue d'un amendement de notre commission adopté lors de l'examen du PLFSS l'année dernière, permet d'associer pleinement les élus locaux au suivi des contrats. En revanche, il est naturel que la signature revienne uniquement aux ARS.

Je vous invite à retirer cet amendement, sinon avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement, au contraire, tend à aller plus loin en réaffirmant le rôle des élus régionaux

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS673 de M. Éric Coquerel.

M. Adrien Quatennens. Nous souhaitons que les dotations de financement de l'investissement liées au Ségur de la santé ne puissent pas concerner des projets qui conduiraient à une réduction du nombre de lits hospitaliers ou à la dégradation de l'accès aux établissements de santé de proximité.

En effet, de nombreux grands projets en cours entraînent la fermeture de certains hôpitaux. C'est le cas en Seine-Saint-Denis, avec la fermeture programmée des hôpitaux Bichat et Beaujon au profit d'un nouvel hôpital géant à Saint-Ouen, appelé Grand Paris-Nord. À la clé : 300 lits en moins. C'est aussi la fermeture programmée de trois hôpitaux de proximité dans l'Essonne, la création d'un autre hôpital géant entraînant cette fois la fermeture de 400 lits.

Il n'est pas concevable que l'argent investi dans l'hôpital se traduise par des fermetures de lits et nous souhaitons nous en prémunir avec cet amendement.

M. le rapporteur général. Votre amendement témoigne d'une incompréhension du mécanisme d'investissement instauré par l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021.

Il a été prévu de consacrer 13 milliards d'euros à ces investissements, dont 6,5 milliards sont déjà répartis entre les régions. Ce n'est pas pour construire des hôpitaux géants, mais bien pour financer de l'investissement courant et pour redonner une marge de manœuvre financière à des établissements dont plus de 40 % sont encore surendettés. C'est la grande différence entre ce plan et ceux des décennies passées : nous luttons avant tout contre la vétusté des établissements existants.

Vous citez la Seine-Saint-Denis. Près de 12 millions d'euros y ont été déjà investis dans des projets hospitaliers depuis le début de l'année, comme par exemple

la rénovation des hôpitaux d'Aulnay, de Montreuil ou encore des hôpitaux Avicenne et Jean-Verdier. Par-delà les 360 millions d'euros consacrés à l'hôpital Grand Paris-Nord, 10 millions d'euros sont consacrés aux permanences d'accès aux soins, tandis que l'investissement du Ségur de la santé permettra d'ouvrir une nouvelle unité psychiatrique à l'hôpital de Ville-Évrard.

Loin de fermer des lits, nous allions amélioration de l'existant et investissement massif.

S'agissant de l'investissement structurant, nous ne voulons pas d'« éléphants blancs » et tel est bien l'objet de cet article. Il s'agit de donner du temps aux ARS pour instruire les projets et vérifier qu'ils répondent à de véritables besoins identifiés dans les bassins de vie des établissements.

Ces besoins font d'ailleurs l'objet de discussions au sein des conseils territoriaux de santé (CTS), dont je rappelle que vous êtes tous membres grâce à un amendement que j'avais proposé lors de la discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Je vous invite donc à participer à leurs travaux destinés à hiérarchiser les projets.

Avis défavorable.

M. Adrien Quatennens. Il n'y a pas de contradiction entre les explications du rapporteur général et l'amendement. On sait qu'en réalité, la disparition programmée d'hôpitaux à la faveur de certains grands projets entraîne celle de lits. L'amendement vise simplement à s'assurer que le versement des dotations prévues au titre du Ségur de la santé ne contribue pas à des fermetures de lits.

M. Thibault Bazin. Si tout le monde salue les efforts qui sont accomplis, en discutant avec un certain nombre de responsables de structures hospitalières on a pourtant l'impression que le quotidien des personnels et des patients de certains établissements ne va pas changer. On voit bien que la reprise de dettes d'ici à 2030 ne va pas permettre à ces derniers de réinvestir dans certains services, comme ils en auraient besoin. Il faudra donc introduire une forme de souplesse dans l'application du dispositif.

Mme Annie Vidal. La politique d'investissement dans les établissements de santé est conditionnée par un certain nombre d'éléments. Quand une dette grève leur budget, cela ne leur permet pas de lancer un nouveau projet structurant d'investissement.

Prendre cette dette redonne des marges de manœuvre à l'établissement et assainit sa structure financière. La mise en œuvre effective d'un projet d'investissement peut ensuite intervenir, avec la recherche éventuelle de concours financiers.

Tel est bien l'objectif poursuivi.

Mme Stéphanie Rist. Quand M. Bazin parle d'impression, c'est bien de cela qu'il s'agit.

En pratique, dans le Loiret il s'agit de la reprise de la dette du centre hospitalier régional, mais aussi d'un plan de remise aux normes des services des urgences. C'est du concret, avec des investissements du quotidien, comme par exemple le financement d'une partie de l'achat de vélos par les soignants ou l'acquisition de matériels destinés à réaliser des électrocardiogrammes.

M. Didier Martin. Les exemples qui viennent d'être donnés sont très éclairants. L'objectif poursuivi directement par la reprise de la dette des hôpitaux est d'améliorer le quotidien et le cadre de travail grâce à des investissements structurants.

M. Pierre Dharréville. Je comprends la préoccupation à laquelle cet amendement souhaite répondre. On voit bien que lorsque des rénovations ou des reconstructions d'établissements hospitaliers sont nécessaires, en raison de leur vétusté, une réduction de leur surface est parfois opérée. Il serait intéressant de disposer de davantage de données en la matière.

M. Adrien Quatennens. Dans l'absolu, nous sommes favorables aux investissements. Mais certains d'entre eux se traduisent par des fermetures de lits. C'est ce que nous souhaitons éviter.

La reprise de dette est conditionnée à la conclusion de contrats qui comprennent des critères financiers, et donc des mesures d'économie. L'article 50 de la LFSS 2021 prévoit en effet que « *Pour déterminer le montant de la dotation [...], sont notamment pris en compte les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement* ». Dans le cas de la restructuration de plusieurs établissements au sein d'un nouvel établissement plus grand, cela se traduit par des fermetures de lits, ce que nous refusons.

Mme Jeanine Dubié. Le groupe Libertés et Territoires soutient cet amendement nécessaire. On voit bien comment les centres hospitaliers doivent amputer leurs crédits de fonctionnement pour financer leurs projets d'investissement, ce qui conduit à fermer des lits et à renoncer à des recrutements.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour souligner l'ampleur des problèmes que rencontrent l'ensemble des services des urgences. Le ministère de la santé devrait s'inquiéter très sérieusement de leur situation, qui doit constituer la priorité des priorités.

M. le rapporteur général. Selon moi, lorsque l'on reconstruit un hôpital la tendance est plutôt d'en étendre la surface. C'est d'ailleurs ce qui est dénoncé dans l'exposé sommaire de l'amendement. Je vous invite une nouvelle fois à assister aux CTS pour vous enquérir de la nature des projets envisagés.

Depuis la mise en place du plan d'urgence pour l'hôpital public, en novembre 2019, des enveloppes financières de plus en plus importantes ont été accordées précisément pour que les décisions d'investissement soient prises de manière aussi directe que possible par les équipes, afin de répondre à leurs besoins. On a donc bien avancé.

Le désendettement rétablit des marges de manœuvre. Des versements annuels vont permettre d'investir dès 2022 et 2023 et redonner beaucoup d'air aux établissements de santé. La véritable difficulté réside dans le fait que quelque 80 % d'entre eux consacrent moins de 3 % de leurs dépenses d'investissement aux produits courants. C'est ce à quoi le plan d'investissement prévu par le Ségur de la santé et la reprise de dette veulent répondre.

En ce qui concerne l'information du Parlement, je rappelle que nous avons adopté un amendement au PLFSS 2021, que j'avais proposé, prévoyant la publication par les ARS d'un résumé des contrats conclus avec les établissements. Chacun pourra s'y référer pour disposer des informations relatives à la reprise de dettes.

Monsieur Quatennens, la mention du ratio d'analyse financière dans l'article 50 de la LFSS 2021 est destinée à analyser la trajectoire de désendettement, et à rien d'autre.

Cet article et les mesures de transparence que nous avons adoptées précédemment doivent rassurer sur la capacité à suivre la mise en œuvre du plan d'investissement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS707 de M. François Ruffin.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous voulons que le besoin de réduire le ratio entre soignants et malades soit pris en compte pour évaluer la dotation des hôpitaux.

En France, ce ratio est en moyenne élevé, avec un soignant pour quatorze malades, contre un pour quatre en Californie. Dans ces conditions, il est impossible de soigner correctement et dignement. Aussi, nous demandons de rehausser la digue et d'imposer un nombre maximal de lits par soignant.

M. le rapporteur général. L'amendement propose d'indexer le montant des dotations d'investissement sur un ratio qui compare le nombre de malades à celui de soignants. Vous admettez qu'il s'agit d'une variable particulièrement floue et volatile : la situation à un instant donné peut ne pas correspondre aux besoins réels de l'établissement ou de son bassin de vie.

La restauration des marges de manœuvre financières des établissements et la relance de l'investissement courant sont autant de moyens d'améliorer l'accueil des

malades. Et la revalorisation historique du salaire des soignants dans le cadre du Ségur de la santé contribue pleinement à augmenter l'attractivité de leurs métiers.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS702 de M. François Ruffin.

M. Adrien Quatennens. L'amendement indique que le Gouvernement peut proposer une conférence sur la démocratie sanitaire pour déterminer le montant de la dotation d'investissement.

La gestion de la crise de la covid-19 a montré les limites de l'exercice solitaire du pouvoir et des décisions prises en conseil de défense. Les citoyens veulent une véritable démocratie sanitaire et cet amendement permettrait de les impliquer véritablement dans les décisions prises s'agissant de notre système de santé.

M. le rapporteur général. Vous invoquez des décisions prises par un seul homme. Mais la gestion de la crise sanitaire et les discussions parlementaires successives – nous allons prochainement examiner le onzième projet de loi sur le sujet – prouvent que le débat existe et que la représentation nationale est pleinement impliquée.

J'ai aussi eu l'occasion de dire précédemment que les élus locaux sont associés aux instances de décision hospitalières. De plus, les professionnels de santé, les représentants des associations de patients, les élus locaux et les parlementaires participent aux CTS. Même si l'on peut toujours faire mieux en matière de démocratie sanitaire à l'échelon local, l'association des différents acteurs aux décisions est réelle.

Avis défavorable.

M. Adrien Quatennens. On peut en effet faire mieux, et cet amendement le permettrait. Le simple fait que nous discutons pendant des heures ne garantit pas un cadre démocratique idéal.

Décloisonner les débats et permettre aux citoyens d'y participer dans le cadre d'une conférence serait une bonne chose. Y compris pour répondre à la grande question : quel est le cap fixé à long terme pour l'hôpital ?

M. Jean-Carles Grelier. Avec ma collègue Agnès Firmin Le Bodo, nous avons récemment rédigé un rapport sur les ARS dans le cadre des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des LFSS (MECSS). L'ensemble des associations d'élus avait été auditionné à cette occasion et toutes avaient fait part de leur grande crainte pour la démocratie sanitaire.

Monsieur le rapporteur général, vous pouvez vous retrancher de manière systématique derrière le fait que les élus siègent dans les conseils de surveillance des établissements hospitaliers – un peu comme des potiches. Le rôle qui leur y est dévolu et leur influence sur les décisions sont quasiment égaux à zéro. On ne peut pas nier cette réalité.

La question de la démocratie sanitaire mérite donc d'être posée, même s'il ne faut peut-être pas y apporter la réponse proposée par l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS706 de M. François Ruffin.

M. Jean-Hugues Ratenon. À la demande du collectif « Notre hôpital, c'est vous ! », nous demandons que la question du financement de l'hôpital soit mise sur la table.

Dans l'Hexagone comme dans les outre-mer – et je prends l'exemple de La Réunion –, le coefficient géographique est figé depuis plusieurs années, ce qui pose des problèmes de financement de l'hôpital, et donc du service public.

Le collectif propose de mener un débat sur ces sujets au sein d'une conférence nationale de santé, puis que soit remis au Parlement un rapport présentant la situation dans les hôpitaux publics, le nombre de lits et de soignants disponibles, ainsi que les modalités de financement de l'hôpital public permettant de garantir à tous et sur tout le territoire un accès universel et pérenne à un service public hospitalier de qualité.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS141 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'État s'est engagé à reprendre 13 milliards d'euros de dette hospitalière en échange d'une contractualisation entre les ARS et les hôpitaux, qui prévoit des engagements d'économies sur leurs dépenses de fonctionnement.

Nous sommes opposés à l'instauration d'un outil supplémentaire de restructuration des hôpitaux aux mains des ARS, sur le modèle du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Les hôpitaux ont besoin de moyens financiers pour ouvrir des lits et embaucher du personnel. Il est nécessaire de leur donner des marges de manœuvre pour se renforcer, sans opposer dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement.

L'amendement propose que les contrats conclus entre les hôpitaux et les ARS en échange de la reprise de dettes ne soient pas conditionnés à des mesures d'économie sur les dépenses de fonctionnement.

J'observe d'ailleurs que le ministre a indiqué lors de son audition que cela ne serait pas le cas. Si telle est vraiment l'intention du Gouvernement, nous proposons de l'inscrire dans la loi.

M. le rapporteur général. Les engagements figurant dans les contrats signés entre les établissements de santé et les ARS ne porteront pas sur des mesures d'économie ou de réduction d'effectifs. Bien au contraire.

Par-delà les investissements structurants qui seront précisés dans ces contrats, la trajectoire de désendettement doit permettre de retrouver une marge financière et de cesser de voir le budget consacré à solder les dettes du passé – souvent issues de plans pour les hôpitaux mal calibrés.

Comme je le disais précédemment, l'autre enjeu concerne l'investissement. Je rappelle que, selon l'IGAS, 83 % des établissements publics de santé consacrent moins de 3 % de leur investissement aux produits courants, ce qui représente le seuil incompressible pour renouveler le matériel et le maintenir en état.

Demande de retrait.

M. Pierre Dharréville. Je le maintiens car le rapporteur général confirme ce que je dénonce.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS964 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. J'entends les oppositions s'exprimer, mais cet article propose une reprise de la dette des hôpitaux à hauteur de 13 milliards d'euros. C'est une mesure exceptionnelle ; elle porte non seulement sur la dette mais aussi sur les frais financiers afférents.

L'objectif de l'amendement est de permettre à la représentation nationale d'être informée de la mise en œuvre de ce dispositif, par le biais d'un rapport retraçant l'ensemble des bénéficiaires de cette dotation et les montants qui leur sont accordés.

Comme vous l'avez relevé, les CTS seront amenés à en discuter, mais le Parlement doit pouvoir suivre l'exécution de la mesure votée.

M. le rapporteur général. Votre demande est satisfaite puisque nous avons adopté l'année dernière, à mon initiative, un renforcement de la transparence dans l'allocation des dotations.

Désormais, les ARS publieront un résumé de chaque contrat, comprenant une synthèse des objectifs et des engagements des établissements, le montant total de la dotation qui leur est attribuée et les critères utilisés pour la déterminer. Ce résumé ne concerne pas seulement la dotation pour investissement structurant visée

par l'amendement. Il porte sur toutes les dotations, y compris celles pour l'investissement courant ou le désendettement.

Demande de retrait.

M. Jean-Pierre Door. C'est un amendement intéressant ; s'il était retiré, le groupe Les Républicains le déposerait en séance.

Il est nécessaire d'obtenir davantage d'informations que ce qui est prévu par l'amendement voté l'an dernier à votre initiative. Cela passe par la remise d'un rapport exhaustif sur l'affectation de ces dotations, sur le modèle du rapport sur le fonds d'investissement régional (FIR) – que l'on est malheureusement obligé de réclamer chaque année à plusieurs reprises.

Les parlementaires doivent savoir quelles ont été les dotations attribuées à des établissements de santé situés dans leur circonscription.

M. Philippe Vigier. Cet amendement est excellent. Il ne suffit pas d'annoncer une dotation de 13 milliards d'euros ; encore faut-il veiller à l'application effective de la loi, afin de savoir précisément ce qui a été réalisé dans les établissements concernés.

Le rapporteur général nous indique que l'amendement est satisfait. Je suppose donc qu'il peut nous indiquer ce qui a été affecté en 2021, établissement par établissement.

Je connais deux établissements hospitaliers à qui l'on a proposé de reprendre une partie de leur dette à condition de faire des économies de fonctionnement. Un rapport complet permettra de dissiper toutes les inquiétudes.

Cet amendement doit être adopté, car on ne peut pas autoriser cet effort financier considérable sans savoir ensuite quelle en est la traduction précise sur le terrain.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est exact que les ARS mèneront la négociation des contrats, que les CTS seront consultés et que des résumés des contrats conclus seront publiés. Mais c'est bien la représentation nationale qui vote les 13 milliards d'euros de reprise de dette.

Il est donc indispensable de disposer d'un document consolidé à l'échelle nationale afin de suivre les versements qui seront effectués jusqu'en 2030 – faute de quoi nous n'aurons que des éléments parcellaires. J'insiste : c'est essentiel. Je maintiens donc l'amendement.

Mme Caroline Fiat. Le groupe La France insoumise votera en faveur de cet amendement.

Lundi dernier, lorsque plusieurs d'entre nous lui ont dit que la reprise de dette se faisait sous contrainte, M. Véran nous a mis au défi de le prouver. Le rapport prévu par cet amendement permettra de savoir qui a raison.

Comme le ministre nous a lancé ce défi, il ne pourra qu'être d'accord avec l'amendement.

M. Thibault Bazin. Autant on peut se réjouir de ce plan de soutien aux établissements, autant il faut s'assurer qu'il soit mis en œuvre. C'est notre rôle de parlementaires.

Des inquiétudes se font jour sur la crédibilité de ce plan et sur l'échelonnement des versements. Il faut pouvoir s'assurer que l'essentiel ne sera pas reporté en fin de période, comme c'est par exemple le cas avec la loi de programmation militaire.

C'est la raison pour laquelle je soutiens pleinement cet amendement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. On dit : « ça va mieux en le disant » ; avec cet amendement, « ça va mieux en le voyant ». J'y suis donc favorable, car l'investissement consenti mérite un suivi étroit.

Mme Jeanine Dubié. Le groupe Libertés et Territoires soutient cet amendement.

Mme Valérie Six. Le groupe UDI et Indépendants également.

M. le rapporteur général. Je ne peux pas vous fournir les informations que vous demandez, M. Vigier, car elles ne sont pas encore disponibles. En effet, la date limite de conclusion des contrats a été fixée au 15 octobre. De plus, des accords pourront être conclus jusqu'en 2022 s'agissant de l'investissement courant, et ils sont donc en cours de discussion.

L'amendement ne porte que sur la moitié de l'enveloppe de 13 milliards d'euros, à la différence de celui que je vous avais proposé lors de la discussion du PLFSS 2021 et qui couvre l'ensemble de cette somme, fournissant donc une information plus complète. En outre, votre amendement prévoit que le rapport porte seulement sur les dotations versées, alors que l'amendement adopté l'an dernier vise aussi les contreparties demandées aux établissements. Le dispositif déjà voté donne bien davantage d'informations.

Je demande donc à nouveau le retrait de l'amendement AS964, qui est satisfait.

M. Pierre Dharréville. Je suggère au rapporteur général de faire figurer ce rapport dans les annexes du PLFSS...

La commission adopte l'amendement.

La commission adopte l'article 5 modifié.

Article 6

Transferts financiers entre branches en 2021

Amendements identiques AS1093 du rapporteur général et AS758 de Mme Caroline Fiat.

M. le rapporteur général. Amendement rédactionnel.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons aider le ministre Véran à se souvenir d'un mot relativement compliqué : « social ».

Après avoir voulu remplacer dans la Constitution les mots « sécurité sociale » par les mots « protection sociale », il en arrive désormais à oublier l'adjectif « social » dans le PLFSS. C'est dommage...

M. le rapporteur général. Il s'agit bien d'un simple amendement rédactionnel, corrigeant un oubli. Il ne faut pas en faire un prétexte pour attaquer le Gouvernement ou la majorité sur leur volonté de défendre la sécurité sociale.

Personne ne s'est permis de remettre en question la sincérité de vos positions, Mme Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes en démocratie et j'ai encore le droit de défendre mes amendements comme je le souhaite.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS641 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il est proposé, par cet amendement, de mettre plus fortement à contribution les employeurs pour financer l'autonomie. Je ne reviendrai pas sur les promesses que vous aviez faites au sujet de l'« ambitieuse » cinquième branche. Dans les faits, la loi a été abandonnée, et seules quelques mesures éparses figurent dans le PLFSS. Le rapport Libault de 2019 estimait que la branche autonomie nécessitait au minimum 6 milliards supplémentaires par an à partir de 2024, et 9 milliards d'euros supplémentaires à partir de 2030. Hors les mesures issues du Ségur de la santé, les dépenses en faveur de l'autonomie progressent seulement de 1 milliard d'euros dans le PLFSS 2021. La branche sera bénéficiaire d'une fraction de CSG de 1,9 %. Il en résulte que cette branche sera financée à 90 % par la CSG, c'est-à-dire par les salariés et les retraités, les employeurs ne contribuant qu'à hauteur de 6 % au soutien de l'autonomie, par le biais de la contribution solidarité autonomie (CSA). Par cet amendement, il est proposé de relever le taux de la CSA de 0,3 à 0,6 %.

M. le rapporteur général. Vous proposez de doubler le montant de la CSA, dont le produit passerait de 2 à 4 milliards d'euros en 2021 – votre amendement portant sur la deuxième partie du PLFSS, il concerne l'année en cours. Le choc serait considérable pour les entreprises, alors qu'elles connaissent une période difficile. De surcroît, effectuer ce prélèvement de manière quasi rétroactive serait source de difficultés techniques. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Il y a urgence : il faut chercher l'argent où il se trouve.

Mme Jeanine Dubié. Cette proposition est calquée sur le mode de financement actuel de la sécurité sociale. Pour alimenter la branche autonomie, on ne parle, à l'heure actuelle, que d'un prélèvement sur la CSG, autrement dit sur les revenus des salariés. L'amendement propose de faire appel également à la contribution des employeurs. De fait, le financement de la sécurité sociale est assuré tant par les employeurs que par les salariés. Dans la mesure où on n'a pas encore trouvé d'autre dispositif de financement – la proposition faite par notre groupe de créer un prélèvement sur les successions a été rejetée l'année dernière –, cet amendement présente un intérêt ; le groupe Libertés et Territoires le votera.

M. Pierre Dharréville. Nous avons besoin de dégager des ressources supplémentaires pour affronter le défi de l'autonomie. Non seulement les choix qui ont été faits jusqu'à présent ne le permettent pas véritablement, mais on pioche toujours au même endroit. Lors de la création de la cinquième branche, j'avais exprimé des craintes à l'égard du mode de gestion et de financement de cette dernière. Des dispositions avaient été adoptées pour mettre à contribution l'ensemble des acteurs, par le biais d'une cotisation. Par cet amendement, il s'agit de confirmer que la branche autonomie doit être gérée dans le respect de la philosophie de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. La double réforme financière que nous avons engagée l'année dernière donne à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les moyens nécessaires à la conduite des politiques que nous souhaitons. Nous avons transféré, en 2020, 25 milliards d'euros de CSG de la branche maladie vers la branche autonomie. Par ailleurs, nous avons voté, dans la loi sur la dette sociale et l'autonomie, le transfert vers la branche autonomie, à l'horizon 2024, de 2,4 milliards d'euros de CSG en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Cela permettra à la cinquième branche de revenir à l'équilibre d'ici à 2024 et de disposer de marges financières par la suite.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous essayez de nous convaincre que vous suivez une direction claire mais, en l'absence d'une loi dédiée au grand âge et à l'autonomie, nous nous interrogeons sur les moyens mobilisés pour répondre au défi du vieillissement. Autant chacun a salué la création de la cinquième branche, autant on ne peut que regretter que les moyens ne soient pas à la hauteur des enjeux.

Mme Annie Vidal. Je rappelle que 3,5 milliards d’euros ont été engagés, ce qui n’est pas rien.

La commission rejette l’amendement.

Elle adopte l’article 6 modifié.

Article 7

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021

Amendement AS661 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. L’État a accordé une aide substantielle aux entreprises pendant la crise, afin de limiter l’impact économique de la pandémie. Il aurait toutefois dû prévoir des contreparties, à l’image de ce qu’ont fait, par exemple, l’Espagne et le Portugal, et s’assurer que les entreprises ne tireraient pas prétexte de la crise pour licencier et délocaliser leur main-d’œuvre, tout en percevant les aides publiques. Pour que le « monde d’après » commence dès maintenant, il faudrait, à tout le moins, que les aides que consent votre Gouvernement respectent un cahier des charges écologique, que nous vous laissons établir par décret. Cela éviterait que des entreprises à l’activité non essentielle comme Amazon, dont l’existence même constitue un fardeau pour l’environnement, ne prospèrent aux frais de l’État.

Suivant l’avis du rapporteur général, la commission rejette l’amendement.

Elle adopte l’article 7 sans modification.

Article 8

Rectification de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2021

Amendement AS240 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L’objectif national des dépenses d’assurance maladie (ONDAM) 2021 rectifié affiche une progression – importante – de 7,4 %, en raison, notamment, des dépenses liées à la gestion de la crise sanitaire, en particulier dans les hôpitaux, et aux engagements de revalorisations issus du Ségur de la santé.

Cela étant, les hôpitaux, qui ont été mis à rude épreuve durant la pandémie, doivent bénéficier de financements supplémentaires pour répondre à leurs besoins. Or, comme le révèle le dernier rapport de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) sur la situation des établissements de santé, 5 700 lits d’hospitalisation complète ont été fermés en 2020, notamment au nom du virage ambulatoire. Cela s’ajoute aux 7 600 lits déjà fermés depuis 2017. La France compte désormais moins de 3 000 hôpitaux et cliniques. Sous l’effet des

réorganisations et des restructurations, vingt-cinq établissements ont fermé en 2020, toujours selon la DREES. Il faut mettre en regard ces chiffres et les engagements du Ségur de la Santé, qui ne prévoit que la réouverture de 4 000 lits, à la demande des hôpitaux, et la création de 15 000 postes. Afin de tenir compte des besoins hospitaliers, l'amendement propose une nouvelle répartition de l'ONDAM. Nous voulons appeler l'attention sur les besoins criants des hôpitaux, auxquels le budget ne répond pas.

M. le rapporteur général. Nous avons, chaque année, le débat sur les articles de rectification de l'ONDAM. Il ne suffit pas de décider de transferts rétroactifs entre les sous-objectifs de l'ONDAM pour obtenir les résultats que l'on recherche. Je considère qu'il s'agit d'un amendement d'appel ; nous anticipons le débat sur l'article 56, qui porte sur l'ONDAM 2022.

Ceux qui disent qu'il s'agit encore une fois d'un ONDAM d'austérité, qui oublie l'hôpital, ne regardent pas les chiffres en face. Pour 2022, hors dépenses liées à la crise, le sous-objectif « établissements de santé » est en hausse de 4,1 %, soit de 3,7 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit une augmentation historique des ressources courantes des établissements de santé, dont la progression s'établit à 2,7 %, contre 2,3 % en moyenne sur la dernière décennie – à ces chiffres s'ajoutent les dépenses liées au Ségur de la Santé. De manière exceptionnelle, le sous-objectif « établissements de santé » est construit en n'intégrant aucun impératif d'économies : les établissements bénéficieront directement du fruit des actions qu'ils mènent pour renforcer leur efficacité. Nous pouvons être fiers de ce que nous faisons pour l'hôpital dans ce PLFSS, comme dans le précédent.

Pour ces raisons, je donne un avis défavorable sur l'amendement.

M. Pierre Dharréville. Monsieur le rapporteur général, je ne conteste pas ce que vous venez de dire sur la nature de l'ONDAM hospitalier mais, depuis quatre ans, les dépenses hospitalières ont été régulièrement compressées, et ce, dans des proportions considérables. Il ne suffit pas de les maintenir au même niveau pour régler les problèmes qui s'ensuivent. La situation de l'hôpital est très préoccupante ; la presse s'en est d'ailleurs fait l'écho ces derniers jours. Le projet de loi ne fait pas le compte, étant donné tout ce que nous avons traversé.

M. Jean-Pierre Door. Il est compréhensible que l'ONDAM ait explosé en 2020 et en 2021. Cela étant, j'ai cru lire que la crise sanitaire avait contribué pour 14,8 milliards d'euros – et non 11,7 milliards – à l'accroissement de l'objectif en 2021. J'aimerais que nous ayons une réponse précise sur ce point.

M. le rapporteur général. Monsieur Door, je suis d'accord sur le chiffre de 14,8 milliards d'euros. Tous les éléments sont précisément détaillés dans mon rapport.

Mme Jeanine Dubié. Monsieur le rapporteur général, même si votre explication peut se défendre, vous ne pouvez pas dire que vous êtes fiers de ce que

vous faites pour les hôpitaux, au vu de la situation de ces derniers. J'en appelle au médecin que vous êtes. Vos confrères vous ont nécessairement saisi des difficultés qu'ils rencontrent, par exemple du fait de l'insuffisance des recrutements aux urgences. Partout en France – Hautes-Pyrénées, Ariège, Puy-de-dôme et notamment à Ambert, Eure-et-Loir – les mêmes problèmes se posent : on ne trouve plus de médecins, des lignes de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ferment. Les effets de la crise du covid ont été catastrophiques à l'égard du personnel de santé. Des efforts ont été engagés, mais il faut aller beaucoup plus loin. En tout état de cause, dans la situation actuelle, on ne peut pas dire que l'on est fier de ce qui est réalisé.

Mme Caroline Fiat. Monsieur le rapporteur général, au vu de ce qui avait été accompli avant, vous pouviez difficilement faire pire. Il n'y a pas un hôpital qui relève la tête. Pas une journée ne s'écoule sans que l'on ne nous annonce la démission d'un cadre, d'un chef de service, la fermeture des urgences la nuit... On ne peut pas se satisfaire de la situation de l'hôpital. Certes, vous injectez de l'argent et avez augmenté le traitement des personnels de 183 euros mensuels : j'avais remercié M. Véran à ce sujet. Toutefois, les mesures prises sont insuffisantes au regard des problèmes accumulés au cours des vingt dernières années. On va droit dans le mur.

Mme Annie Vidal. Certes, la situation des hôpitaux est préoccupante, mais elle est le fruit de politiques conduites pendant des décennies. En tout état de cause, vos demandes ne relèvent pas d'une loi de financement de la sécurité sociale, mais pourraient faire l'objet d'un texte dédié à la santé. Les mesures financières qui ont été prises – près de 10 milliards investis en dix ans – sont exceptionnelles. Il était absolument nécessaire de revaloriser la rémunération des soignants : cela aurait dû être fait depuis longtemps, et nous l'avons fait.

M. Joël Aviragnet. On part de tellement loin que les rattrapages salariaux étaient indispensables. Cela étant, toutes les professions n'en bénéficient pas – si c'était le cas, les sages-femmes et d'autres professionnels ne seraient pas dans la rue. La question à laquelle on se heurte constamment est celle de la désertification médicale, du manque de médecins. Dans les zones frontalières, par exemple, on trouve des médecins et des personnels paramédicaux, mais en nombre insuffisant : ainsi, le centre de rééducation fonctionnelle de Luchon, proche de l'Espagne, a dû fermer un étage entier, faute de praticiens. Cela n'est pas sans inquiéter la population. C'est une question centrale.

M. Nicolas Turquois. Nous sommes tous d'accord sur le fait que l'hôpital est en souffrance, du fait d'un manque de personnel. Toutefois, si l'on est honnête, il faut rappeler que l'offre médicale souffre d'un effet d'inertie très fort. La suppression du numerus clausus ne produira ses effets que dans dix ans. En attendant, l'offre médicale diminue. Les médecins partant à la retraite sont plus nombreux que leurs jeunes confrères qui commencent à exercer. On aura beau augmenter les budgets, cela ne fera pas apparaître subitement des praticiens. Il faut développer les pratiques avancées pour économiser du temps médical et, sans doute, travailler sur la répartition géographique des médecins. Parallèlement à l'effort budgétaire

important qui est fait, on doit favoriser une meilleure allocation des moyens médicaux.

M. Julien Borowczyk. À entendre certains, on a l'impression que, depuis 2017, tout s'est effondré, et que tout allait bien avant. Rappelons que nous venons de traverser une crise majeure, et que nous investissons dans des proportions jamais atteintes. Nous redonnons du sens aux métiers de la santé, en réinvestissant dans du matériel, en réformant la manière de décider, etc.

Lorsque j'étais interne à l'hôpital d'Ambert, dans le Puy-de-Dôme, j'ai pu prendre la mesure du manque d'attractivité dont souffraient certains territoires. La question est de savoir comment attirer, non seulement des médecins mais, plus largement, des habitants sur ces terres. C'est un problème global, que l'on ne peut résoudre d'un claquement de doigts. Aujourd'hui, il faut trois médecins pour remplacer un médecin partant à la retraite. Compte tenu de la démographie actuelle, il faut redonner du sens aux métiers et développer les pratiques avancées : c'est ce que nous faisons, et je crois que nous pouvons être fiers des réformes engagées.

M. Boris Vallaud. Personne ne disconvient du fait que beaucoup de difficultés viennent de loin. Nous avons proposé un plan d'urgence pour l'hôpital avant la crise de la covid, que vous aviez balayé d'un revers de la main. Je constate que, quelques mois après la crise, vous avez fait vôtres certaines de nos propositions, ce qui est heureux. Il faut que chacun ait conscience que nous sommes à la veille de grandes difficultés à l'hôpital, alors qu'arrivent les maladies hivernales, et que les équipes s'inquiètent. Il a été mis fin au numerus clausus, mais des places ont-elles été créées pour les étudiants ? D'après les témoignages que nous avons recueillis, tel n'est pas le cas. Les effets de la suppression du numerus clausus se manifesteront dans dix ans. En revanche, nous constatons dès à présent les conséquences de la diminution des inscriptions dans les écoles d'infirmières décidée par Mme Buzyn. Il faut augmenter le nombre d'infirmières dans les années à venir, et doubler le nombre de celles qui exercent en pratique avancée. Il convient de leur offrir, au-delà des mesures bienvenues décidées dans le cadre du Ségur, de nouvelles valorisations. En effet, le choc d'attractivité attendu ne s'est pas produit. Des situations d'urgence apparaissent partout en France.

Mme Monique Iborra. Nous sommes engagés dans la réparation de ce qui a été fait depuis la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Depuis lors, les gouvernements successifs ont entendu réaliser des économies drastiques sur les dépenses hospitalières. Le procès que l'on nous intente est pour le moins malvenu. J'ajoute que les régions sont responsables des formations du personnel paramédical. Il leur a été signalé à plusieurs reprises qu'elles offraient un nombre de places totalement insuffisant, en particulier s'agissant des aides-soignantes, mais rien n'a été fait. On peut se désoler de la situation des hôpitaux, après une épidémie inédite, mais on ne peut nous intenter le procès de ne pas faire assez pour l'hôpital.

M. Philippe Vigier. Il existe, en la matière, une responsabilité collective. Je n’aurai pas l’indélicatesse de rappeler à chacun les ONDAM qui ont été votés dans cette assemblée depuis quinze ans, y compris pendant le quinquennat 2012-2017. J’ai déposé trois propositions de loi sur la désertification médicale, sous les présidences de MM. Sarkozy, Hollande et Macron : j’ai été battu à chaque fois. Monsieur le rapporteur général, il est exact qu’un effort particulier est fait pour reprendre la dette des hôpitaux, mais nous demandons plus de transparence pour nous assurer que les annonces auront une traduction effective. La semaine dernière, les maires de Bourges, Vierzon et Saint-Amand-Montrond ont porté plainte pour mise en danger de la vie d’autrui en raison d’un problème de SMUR et de la pénurie de médecins urgentistes au centre hospitalier de Bourges. Le manque de médecins se rencontre partout en France. Je suis le premier à reconnaître les efforts accomplis concernant l’ONDAM, mais il faut que l’on aille plus loin, collectivement, en matière d’accès aux soins. On ne peut constamment se renvoyer la patate chaude. Chacun devra évoluer. Je crains que la situation ne se dégrade au cours des années à venir. Je regrette que nos amendements relatifs à la désertification médicale aient été déclarés irrecevables. Par ailleurs, Stéphanie Rist avait fait des propositions fort intéressantes, que l’on ne retrouve que très partiellement dans le texte. Nous devons être capables de promouvoir l’attractivité de ces métiers de manière collective.

M. Jean-Carles Grelier. Nous assumons en effet une responsabilité partagée. Cela étant, j’ai du mal à entendre parler de réparation par ceux qui ont soutenu les ONDAM de Mme Marisol Touraine pendant des années, lesquels ont largement contribué à nous plonger dans les difficultés actuelles. L’actuel ministre de la santé a voté ces ONDAM ; le porte-parole du Gouvernement était au cabinet de Mme Touraine. Parler de « réparation » dans ces circonstances et prétendre que l’avenir de la santé ne s’est construit que depuis 2017 est un peu excessif.

Mme Isabelle Valentin. En Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons ouvert 400 postes pour des infirmières et plus de 100 places pour la formation des aides-soignantes. À la suite de la suppression du numerus clausus, nous avons ouvert des postes. Je voudrais savoir si des moyens ont été alloués aux facultés, si elles ont davantage de professeurs et de moyens matériels. Chez moi, ce n’est pas le cas.

Mme Gisèle Biémouret. La question n’est pas de se renvoyer la « patate chaude ». La crise a mis en lumière ce que l’on sait depuis de nombreuses années. Nous ne vous reprochons pas de ne rien faire. Mais il faut identifier plus précisément des solutions pour résoudre la crise extrêmement grave qui frappe les territoires. Dans ma circonscription, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a une activité réduite de moitié, faute de personnel. Que faut-il dire aux malades ? Nos concitoyens vous entendent dire que tout va bien, ce qui est très éloigné de leur réalité.

M. le rapporteur général. Avant mon élection, en 2017, j’étais médecin urgentiste au centre hospitalier d’Angoulême. Mon expérience au sein de l’hôpital public a largement participé de mon engagement en politique, derrière Emmanuel Macron, en 2016. Je suis pleinement au fait des difficultés que connaissent l’hôpital

public et les professionnels de santé de ville. Je ne dis pas que tout est rose : je connais la réalité et les difficultés d'accès aux soins. Cela étant, nous mettons les moyens, depuis 2017, pour transformer notre système de santé et améliorer son fonctionnement. Monsieur Vallaud, où étiez-vous entre 2012 et 2017 ? C'est à ce moment-là qu'il fallait appliquer un plan d'urgence pour l'hôpital. Nous nous étions engagés à ce que l'ONDAM augmente de 2,3 % par an au long du quinquennat. L'objectif a été largement tenu, puisque, dès 2019, sa progression a atteint 2,5 %. Nous avons continué à l'augmenter, et nous y mettons les moyens : 13 milliards d'euros au titre de la reprise de la dette des établissements de santé, 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires dans le cadre du plan « France relance » et près de 10 milliards d'euros en faveur des revalorisations salariales des professionnels de santé, afin de rendre à nouveau attractifs les métiers du soin.

Je n'ignore pas que nous n'avons pas assez de médecins. L'origine de cette situation n'est pas à rechercher dans le quinquennat 2012-2017, ni lors du précédent, mais résulte d'un ensemble de décisions prises depuis une période bien plus ancienne. Les responsabilités sont largement partagées entre les différentes majorités.

Nous avons supprimé le *numerus clausus* pour lui substituer le *numerus apertus*, lequel ne produira pas ses effets avant longtemps, car il faut former les médecins. La réforme entre actuellement en vigueur ; je ne doute pas qu'elle améliorera les choses. Jusqu'en 2025, il y aura plus de départs à la retraite que de médecins sortant des facultés. À cela s'ajoute le fait qu'il faut 1,8 jeune médecin pour produire la même quantité de soins qu'un médecin partant à la retraite. C'est une vraie problématique, que nous prenons à bras-le-corps sur tous les bancs, même si les propositions peuvent diverger. Nous avons tous conscience de l'urgence qu'il y a à agir, et de l'existence d'une certaine inertie.

Avec les accords du Ségur, le traitement mensuel d'un infirmier ayant un an d'ancienneté dans la fonction publique hospitalière est passé de 1 736 euros nets à 2 026 euros nets, soit une augmentation de 290 euros – correspondant à un socle de 183 euros et à un complément de 107 euros, au titre de l'application des nouvelles grilles. Pour un aide-soignant de la fonction publique hospitalière, on est passé de 1 546 euros nets par mois à 1 790 euros nets, soit une augmentation de 244 euros correspondant à une revalorisation de 183 euros et à un complément de 61 euros, au titre du passage à la grille de la catégorie B. Nous agissons, nous mettons les moyens comme jamais cela n'a été fait. De grâce, pas de leçons ! Nous payons le prix d'années d'inaction.

Mme Monique Iborra. Les SAAD, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, relèvent de la compétence des conseils départementaux. Ceux-ci pouvaient réagir.

M. Boris Vallaud. Monsieur le rapporteur général, je ne fais de leçon à personne – je m'attribue aussi une part de responsabilité. Hier, le candidat Emmanuel Macron a critiqué assez fortement l'action du Président de la République en soulignant

tout ce qui ne fonctionnait pas. De fait, vous ne venez pas d'arriver mais vous terminez un quinquennat. Vous aurez exercé les fonctions de rapporteur général plus longtemps que je n'ai été collaborateur. Nous avons proposé un plan d'urgence pour l'hôpital, en partant du constat que les difficultés viennent de loin, qui a été traité par le mépris. Vous avez été élu sur la promesse d'écouter tout le monde ; vous terminez le quinquennat en n'écoulant que vous-mêmes.

Mme Caroline Fiat. Nous avons tous reconnu que la crise actuelle trouvait son origine dans les décisions accumulées depuis plus de vingt ans, et que les responsabilités étaient partagées entre gauche et droite. Rien ne sert donc de mettre en cause untel ou untel. Je rappelle que le Gouvernement est composé, en grande partie, d'anciens Républicains et d'anciens socialistes. Pour ma part, mes convictions n'ont pas varié : face aux lois Juppé, Balladur et Touraine, comme sous votre quinquennat, je suis descendue dans la rue, avec mes collègues. Par ailleurs, monsieur le rapporteur général, lorsque je suis retournée travailler, j'ai eu droit à un salaire de 1 200 euros et non de 1 546 euros : merci de donner les bons chiffres !

M. Pierre Dharréville. Je me réjouis que mon amendement ait suscité un tel débat : celui-ci me semblait nécessaire.

Vous réécrivez l'histoire, monsieur le rapporteur général : les quatre PLFSS précédents ont contribué à la situation difficile dans laquelle nous nous trouvons. Du reste, chaque année, j'ai critiqué la faiblesse de l'ONDAM hospitalier. Vous ne pouvez donc pas affirmer que vous avez fait des efforts. Certes, cette année, vous vous absteniez de comprimer les dépenses, mais cela ne suffit pas à remédier aux conséquences des mesures prises ces quatre dernières années.

Par ailleurs, j'invite ceux qui, au cours de la discussion, ont fait référence à « tous les bancs » à se rappeler les positions que mon groupe défend de longue date. Je le dis par respect pour mes prédécesseurs ; je pense en particulier à Jacqueline Fraysse-Cazalis, qui siégeait dans cette commission. Nous pourrions discuter longtemps des responsabilités des uns et des autres. Toujours est-il que la situation est trop grave pour que nous nous satisfaisions des propositions qui nous sont faites.

La commission rejette l'amendement AS240.

Elle adopte l'article 8 sans modification.

Article 9

Rectification de la dotation au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

La commission adopte l'article sans modification.

Elle adopte la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 modifiée.

TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{er}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 10

Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

Amendement de suppression AS756 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Le fait de confier à nouveau des missions supplémentaires à l'URSSAF soulève la question du nombre des personnes embauchées pour les réaliser. En tout état de cause, le processus d'unification à l'œuvre n'est pas gage d'une meilleure efficacité, au contraire : les caisses concernées, les syndicats et même le MEDEF s'inquiètent non seulement de la situation de l'emploi au sein des caisses, mais aussi du risque de *bugs* industriels, tels que ceux qui sont survenus au moment de l'unification consécutive à la suppression du régime social des indépendants (RSI) en 2017.

En fait, l'unification semble préparer une réforme des retraites. L'an dernier, étaient concernés les retraites complémentaires, une partie des régimes spéciaux et les employeurs publics, et l'étude d'impact précisait que « *ces différentes étapes permettront que l'unification du recouvrement des cotisations sociales constitue utilement un acquis pour la mise en œuvre future de la réforme des retraites* ». L'ajout, cette année, de la principale caisse de retraite des professions libérales est une nouvelle étape du processus consistant à créer les conditions techniques d'une fusion des régimes spéciaux dans un système universel de retraites. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 10.

M. le rapporteur général. Vous proposez de supprimer l'article permettant, à titre principal, le transfert du recouvrement des cotisations de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), à laquelle est affiliée une grande partie des professions libérales, aux URSSAF. Pourtant, ce transfert se fait en bonne intelligence avec la caisse, qui l'a salué dans un communiqué de presse et qui continuera, bien entendu, à être l'interlocutrice des affiliés et à leur verser les prestations. Ce transfert entraînera une véritable simplification pour l'ensemble des cotisants, qui doivent actuellement faire deux démarches distinctes en fonction de leurs cotisations.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article 10 sans modification.

Article 11

Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne

La commission adopte l'article sans modification.

Après l'article 11

Amendements AS238 de M. Pierre Dharréville et AS378 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. En 2018, pour financer la baisse des cotisations sociales chômage et maladie, le taux de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité et de remplacement, c'est-à-dire les salaires et les pensions de retraite, a été augmenté de 1,7 point et celui de la CSG sur les revenus du capital, c'est-à-dire les produits de placement et le patrimoine, de 1 point seulement. Nous proposons donc d'augmenter le taux de cette dernière de 2,8 points. Les caisses de sécurité sociale bénéficieraient ainsi de 3 milliards d'euros de recettes supplémentaires et pourraient financer, par exemple, des mesures de soutien du pouvoir d'achat des familles et des jeunes, fortement affectés par la crise sanitaire.

La crise de financement de la sécurité sociale est due à l'assèchement de ses ressources ; il est temps d'inverser la tendance.

Mme Gisèle Biémouret. Nous proposons quant à nous d'augmenter le taux de la CSG sur les revenus du capital d'1,4 point.

M. le rapporteur général. Le taux de la CSG sur les revenus du capital a déjà été relevé au début de la législature dans le cadre d'une réforme plus globale de la CSG et des cotisations, et ce n'était pas rien. Par ailleurs, en relevant mécaniquement, et dans des proportions beaucoup plus importantes, le taux de ce prélèvement, vous frapperiez indistinctement tous les épargnants, quel que soit leur niveau de revenu.

Enfin, rappelons que les revenus de l'épargne sont soumis non seulement à la CSG, mais aussi à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dont le taux est de 0,5 %, au prélèvement de solidarité instauré en 2019, dont le taux est de 7,5 %, et au barème progressif de l'impôt sur le revenu.

Je réitère donc l'avis défavorable que j'avais déjà donné l'année dernière.

M. Pierre Dharréville. Votre avis illustre bien nos divergences politiques. La crise que nous avons traversée n'a pas eu les mêmes conséquences pour tout le monde : certains revenus du capital en ont profité ! Nous avons besoin de les mettre à contribution pour financer l'action sociale et l'action publique ; il faut aller chercher l'argent là où il est, d'autant que la CSG appliquée aux revenus du capital a moins progressé que celle appliquée aux revenus du travail.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement soulève une bonne question, à laquelle il apporte, selon moi, une mauvaise réponse.

Le rapport « Charges et produits » de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), rendu public au mois de juillet, rappelle que le cumul de la CSG et des cotisations sociales, qui représentait 80 % des recettes de l'assurance maladie en 2006, ne représente plus que 66 % de ces recettes en 2021. Ainsi, le budget de l'assurance maladie n'aurait pas pu être bouclé si l'État ne lui avait pas transféré une partie de ses recettes de TVA.

Toutefois, en 2021, le budget de celui-ci ne disposera plus que d'à peine 80 des 170 milliards de recettes annuelles de cette taxe très dynamique, puisque le reste aura été distribué non seulement à l'assurance maladie, mais aussi, à titre de compensation, aux régions et aux départements. Or, il est vraisemblable qu'un jour, l'État aura besoin de récupérer la totalité du produit de la TVA pour financer ses propres dépenses ; ce jour-là, il y aura un trou béant dans le financement de l'assurance maladie !

La réponse proposée par nos collègues ne me satisfait pas, mais il est impératif de se poser la question de la pérennité du financement de notre système de protection sociale, faute de quoi une future Présidente ou un futur Président de la République sera peut-être contraint d'annoncer aux Français la fin de la « sécu », ce que ni vous ni moi ne souhaitons. Il est donc urgent de réfléchir à de possibles recettes complémentaires. Du reste, dans son rapport « Charges et produits » de 2021, l'assurance maladie évoque elle-même, pour la première fois, un besoin de ressources nouvelles et supplémentaires.

M. Nicolas Turquois. Je ne peux absolument pas souscrire aux propos des orateurs précédents. Le système repose sur l'emploi, source de cotisations et d'impôts. À cet égard, le taux de chômage actuel, compte tenu de la crise que nous avons traversée, est la véritable réussite du Gouvernement. Il faut poursuivre dans cette voie car, plus on réduira le chômage, plus on augmentera les ressources, tout en diminuant les dépenses, du reste, car certaines d'entre elles sont liées à la situation sociale de nos concitoyens. Cessons d'avoir une vision étriquée des choses : c'est en produisant plus de richesses que nous pourrions financer un système social de grande qualité.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS379 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Afin de revenir sur la hausse injuste de CSG votée dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 au détriment des retraités, dont les pensions n'augmentent pas suffisamment pour compenser la hausse du coût de la vie, nous proposons de porter à 3 000 euros mensuels le seuil en deçà duquel ils ne sont pas assujettis au taux de CSG revalorisé.

M. le rapporteur général. Comme l'an dernier, vous proposez de revenir sur la hausse de la CSG « remplacement », intervenue en 2018. Pour les mêmes raisons que celles exposées il y a un an, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. L'explosion des exonérations de cotisations intervenues ces dernières années invalide la démonstration de notre collègue Turquois car, dans ces conditions, l'augmentation des richesses produites n'entraîne pas forcément une hausse des recettes de la sécurité sociale. Par exemple, au niveau du SMIC, l'exonération de cotisations patronales est totale. Il faut réhabiliter la cotisation, notamment la contribution patronale, qui est essentielle et justifiée. Tel est l'objet de nos propositions.

M. Joël Aviragnet. Si j'ai redéposé cet amendement, monsieur le rapporteur général, c'est parce qu'en raison de l'inflation, la situation des retraités s'est aggravée par rapport à l'an dernier.

M. Nicolas Turquois. Monsieur Dharréville, je vous invite à remplir une feuille de paye. Je peux vous assurer, pour être employeur agricole, que le SMIC est bien soumis à cotisations patronales : elles sont faibles, certes, mais elles ne sont pas nulles.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS426 de Mme Nicole Sanquer.

Mme Valérie Six. La Polynésie française dispose de son propre système de protection sociale, en vertu de ce que l'on appelle la convention santé, conclue avec l'État. Toutefois, des injustices perdurent. En effet, les Français non-résidents établis en Polynésie française cotisent à la caisse de prévoyance sociale polynésienne mais, lorsqu'ils perçoivent des revenus du patrimoine en métropole, ils sont en outre assujettis, au titre de ces revenus, à plusieurs cotisations locales, à la CSG et à la CRDS, alors même qu'ils ne bénéficient d'aucune prestation de la sécurité sociale. Leur domicile fiscal n'étant pas situé en métropole, ils sont ainsi soumis à une double imposition.

Cette inégalité de traitement est d'autant plus injustifiable que la loi de financement de la sécurité sociale de 2019 exonère de ces prélèvements les Français résidant au sein de l'Espace économique européen et en Suisse. J'ajoute que les articles 1^{er} et 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen énoncent le principe de l'égalité devant la loi fiscale en vertu duquel le même régime fiscal doit s'appliquer à tous les contribuables placés dans une situation identique. Par ailleurs,

la Polynésie française et l'État ont signé, en 1957, une convention fiscale tendant à éliminer les doubles impositions et à établir des règles d'assistance mutuelle administrative pour l'imposition des revenus issus de capitaux mobiliers. Or cette convention ne couvre ni la CSG ni la CRDS, ces prélèvements sociaux ayant été respectivement instaurés en 1991 et 1996.

Nous proposons donc, par cet amendement, de mettre fin à cette inégalité de traitement dont sont victimes les Français établis en Polynésie française ou à l'extérieur de l'Union européenne.

M. le rapporteur général. Votre amendement me conduit à évoquer des détails techniques. L'exonération de CSG et de CRDS dont bénéficient les résidents français au sein de l'UE résulte directement de l'application du règlement de 2004 de coordination des régimes de sécurité sociale. L'Union européenne intègre par ailleurs les collectivités d'outre-mer dans les pays et territoires d'outre-mer. Or, pour respecter les contraintes liées à l'éloignement et à l'insularité, ces pays et territoires d'outre-mer ne se voient pas appliquer directement le droit de l'Union européenne : une mention expresse est nécessaire. En l'occurrence, le règlement de 2004 ne comporte pas une telle mention. Dès lors, comme l'a confirmé récemment le Conseil d'État, les collectivités d'outre-mer ne sont pas éligibles à ce dispositif.

Autrement dit, c'est parce que le droit de l'Union européenne l'y a contrainte, dans le cadre d'une coordination renforcée des systèmes de protection sociale, que la France a exonéré les non-résidents européens de CSG et de CRDS. Cette exonération n'a pas vocation à s'appliquer au-delà de ce qui est strictement nécessaire juridiquement. En conséquence, elle ne saurait s'appliquer ni dans les pays et territoires d'outre-mer ni dans les pays extérieurs à l'Union européenne. Nous avons d'ailleurs régulièrement repoussé des amendements proposant d'étendre cette exonération. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement ; sinon, avis défavorable.

Mme Valérie Six. Je maintiens l'amendement et j'informerai les Polynésiens de votre réponse.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS233 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit d'étendre aux établissements publics de santé et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics l'exonération de taxe sur les salaires dont bénéficient l'État et les collectivités territoriales. Alors que les personnels hospitaliers réclament de nouveaux moyens financiers et humains de grande ampleur, cette mesure permettrait de redéployer, dès 2022, 4 milliards d'euros au profit de l'activité hospitalière afin de financer notamment des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services.

M. le rapporteur général. Tout d'abord, je rappelle que les hôpitaux publics et les EHPAD publics s'acquittent d'une taxe sur les salaires parce qu'ils ne sont pas assujettis à la TVA. Ensuite, comment pouvez-vous proposer de financer les établissements publics de santé par des exonérations sociales supplémentaires ? C'est le serpent qui se mord la queue ! Je crois davantage au plan massif d'investissements de 19 milliards d'euros que nous avons engagé l'année dernière et aux revalorisations salariales du Ségur. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ce que je crois comprendre, c'est qu'il s'agit en quelque sorte de garantir le principe d'une concurrence libre et non faussée en matière de santé. Par ailleurs, est-il juste de payer de la TVA sur les soins ? Cette question devrait être examinée de près, surtout dans la situation actuelle. Que vous le vouliez ou non, la taxe sur les salaires pèse sur le budget des hôpitaux. C'est en cela que le serpent se mord la queue !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS792 de Mme Sylvia Pinel.

Mme Jeanine Dubié. On ne peut que se réjouir de l'application, depuis le 1^{er} octobre, de l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile, dans la mesure où elle va entraîner une augmentation moyenne de 13 % à 15 % du salaire des aides à domicile. Néanmoins, cette mesure aura pour conséquence un dépassement des plafonds d'exonération, donc une augmentation considérable des charges dues par l'employeur, en l'espèce les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), notamment les associations et structures à but non lucratif, dont la taxe sur les salaires augmente également significativement. Certes, une compensation est prévue, mais elle n'est pas intégrale. C'est pourquoi nous proposons d'exonérer les SAAD de la taxe sur les salaires. Je sais quelle sera votre réponse, monsieur le rapporteur général, mais efforçons-nous de trouver un dispositif qui pénalise moins les associations, notamment en milieu rural.

M. le rapporteur général. Votre amendement vise, comme le précédent, à conférer un double avantage à certaines structures, en l'espèce les SAAD, qui ne s'acquitteraient ni de la TVA ni de la taxe sur les salaires. En outre, il aurait pour conséquence de priver la sécurité sociale de certains de ses moyens. Je rappelle en effet que l'article 6 du projet de loi tend à faire de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) un affectataire de la taxe sur les salaires.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS653 de M. François Ruffin.

M. Adrien Quatennens. Il vise à taxer les entreprises d'aide à domicile qui emploient des salariés à temps partiel contraint. De fait, ces salariés travaillent en réalité de huit heures à vingt heures, avec des coupures, mais ne sont payés que lorsqu'ils arrivent chez la personne âgée dont ils prennent soin. Ils s'occupent de deux, trois ou quatre personnes, ont ensuite une longue coupure puis reviennent faire chauffer le repas de ces personnes. Ils perçoivent ainsi un salaire mensuel d'environ 800 euros alors que, dans les faits, leur journée est intégralement consacrée au travail.

Nous souhaitons, pour notre part, créer un service public de la dépendance et permettre aux auxiliaires de vie sociale (AVS) de bénéficier du statut de fonctionnaire. En attendant, et face au refus du Gouvernement de prendre leur sort en considération, il est urgent de favoriser l'emploi à plein-temps en taxant ceux qui embauchent à temps partiel.

M. le rapporteur général. Sur la forme, vous le savez, en renvoyant à un décret la définition du nombre « trop élevé » de contrats de travail à temps partiel, le taux de la contribution ainsi que son assiette, le dispositif proposé serait constitutif d'une incompétence négative. Avis défavorable.

M. Adrien Quatennens. Dans ce cas, peut-être pourrions-nous définir ces différents éléments ensemble. En tout cas, vous ne pouvez pas balayer d'un revers de la main le fait que la plupart des AVS sont rémunérées sur la base d'un temps partiel subi alors qu'elles consacrent leur journée entière à leur travail. Cette situation n'est pas acceptable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS650 de M. François Ruffin.

M. Adrien Quatennens. Il s'agit de taxer les hôpitaux qui emploient un nombre trop élevé d'agents d'entretien à temps partiel contraint. Emmanuel Macron lui-même affirmait, en s'appuyant sur la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : « *Il nous faudra nous rappeler aussi que notre pays, aujourd'hui, tient tout entier sur des femmes et des hommes que nos économies reconnaissent et rémunèrent si mal.* »

Afin de faire des économies, les établissements publics emploient souvent à temps partiel les agents d'entretien, qui se trouvent, de ce fait, dans une situation précaire. Nous souhaitons que la sous-traitance cesse et que les femmes de ménage des hôpitaux puissent être embauchées à plein-temps si elles le souhaitent.

M. le rapporteur général. Augmenter la fiscalité sur des établissements de santé qui peuvent être par ailleurs en difficulté financière ne risque pas d'améliorer leur situation. En outre, je rappelle qu'au cours des dernières années, et singulièrement entre 2020 et 2022, un desserrement des économies hospitalières a

été décidé : comme le ministre l'a rappelé lors de son audition, il y aura zéro économie l'an prochain. Avis défavorable.

M. Adrien Quatennens. Contrairement à ce que vous laissez entendre, l'amendement n'a pas pour objet d'alourdir la fiscalité qui pèse sur les hôpitaux : il vise à limiter l'emploi d'agents d'entretien à temps partiel contraint. Si les services hospitaliers les emploient à plein-temps, la fiscalité des hôpitaux n'augmentera pas...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS680 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Par cet amendement d'appel, nous proposons d'assujettir les actionnaires à une contribution de solidarité de 1 % sur l'ensemble des dividendes des entreprises, et ce afin de financer l'adaptation de la société au vieillissement. En effet, comme l'a montré le rapport de la mission flash sur les EHPAD, menée par nos collègues Fiat et Iborra, il est plus que nécessaire d'augmenter le budget alloué aux aides aux personnes âgées en perte d'autonomie ainsi qu'aux personnes en situation de handicap.

M. le rapporteur général. Vous proposez de financer la CNSA par une contribution de 1 % sur les dividendes. J'ai mieux ! En effet, les revenus du capital, dont bien sûr les dividendes, sont d'ores et déjà soumis à la CSG au taux de 9,2 %, le produit de cette contribution étant affecté à hauteur de 1,9 point à la CNSA. Ainsi, en 2022, le montant des prélèvements sur le capital alloués à l'autonomie atteindra presque 3 milliards d'euros. Nous aurons l'occasion de revenir sur le fond des mesures relatives à l'autonomie, mais de belles et grandes avancées sont d'ores et déjà possibles grâce aux financements importants décidés l'année dernière et à ceux prévus en 2024. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS236 de M. Pierre Dharréville et AS377 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit de revenir sur l'allègement de la fiscalité sur les actions gratuites, entériné à la hussarde par la majorité lors de l'examen du PLFSS pour 2018 – puis confirmé à tête reposée –, et ce en l'absence de toute étude d'impact. Lors des débats en séance publique, la perte de recettes avait été estimée à 120 millions d'euros par an. Or l'attribution gratuite d'actions concerne essentiellement des salariés très bien rémunérés de grands groupes et leurs dirigeants. Outre le coût non négligeable de son régime fiscal pour les finances sociales, cette pratique est un outil de contournement du salaire. C'est pourquoi nous proposons de rétablir le taux de 30 % qui s'appliquait avant 2018 à la contribution patronale sur les actions gratuites.

M. Joël Aviragnet. Nous proposons également de revenir sur l'allègement de la fiscalité sur les actions gratuites, voté lors du PLFSS pour 2018. Cette disposition,

dont le coût a été évalué à 120 millions d'euros à l'époque, est d'autant plus injustifiée que le déficit de la sécurité sociale repart à la hausse. De fait, l'attribution gratuite d'actions concerne essentiellement des salariés bien rémunérés de grands groupes et leurs dirigeants, qui, par solidarité, doivent contribuer plus que les autres au financement de notre sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle nous proposons de porter le taux de la contribution patronale à 30 %.

M. le rapporteur général. Mon avis, cela ne vous étonnera pas, est défavorable. L'histoire est un peu plus complexe que vous ne le dites : le régime social des actions gratuites a beaucoup varié depuis la LFSS de 2008, à la hausse comme à la baisse. La majorité précédente avait ramené le taux de la contribution patronale à 20 % en 2015, puis l'avait soudainement porté à 30 % en 2017, en prévoyant des exonérations pour les PME.

Nous avons proposé de revenir à un taux plus raisonnable de 20 %, en maintenant le système d'exonération pour les PME – cette option est d'ailleurs celle qui avait été initialement retenue en 2015. Nous souhaitons une stabilisation de ce régime sociofiscal pour mettre fin aux allers-retours du passé.

Par ailleurs, dans l'intérêt financier de la sécurité sociale, qui continue à percevoir le produit des prélèvements sociaux sur ces attributions gratuites d'actions, surtout si elles émanent de grands groupes, mieux vaut que le taux soit incitatif et l'assiette large que l'inverse. Or, depuis que le taux du prélèvement a été abaissé d'un tiers, en 2018, son assiette a presque triplé ! Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il faut, dites-vous, maintenir un taux raisonnable. Mais, ce qui est déraisonnable, c'est de l'avoir baissé au moment où la sécurité sociale a tant besoin de financements. Quant à la stabilisation dont vous parlez, elle s'est faite à la hausse, et c'est tout le problème. Si la baisse du taux a entraîné un élargissement de l'assiette, elle a, de fait, contribué à accroître le nombre d'attributions gratuites d'actions, donc au contournement du salaire et à la diminution des recettes de la sécurité sociale. Qui plus est, nous savons que le développement de ce type de rémunérations ne compte pas pour rien dans l'explosion des inégalités salariales.

M. Joël Aviragnet. Monsieur le rapporteur général, vous nous répondez par des considérations techniques alors qu'il y va de la justice sociale.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS645 de M. François Ruffin.

M. Adrien Quatennens. Alors que l'épidémie de covid-19 a eu des conséquences dramatiques pour nos concitoyens les plus précaires et les plus pauvres, le commerce en ligne a explosé à la faveur du confinement – augmentant de 83 % au mois d'avril 2020 –, si bien que son chiffre d'affaires a dépassé 100 milliards d'euros pour l'année 2020. Le cours de l'action Amazon a augmenté

de 30 % en avril de la même année, et la fortune du propriétaire de cette entreprise de plus de 25 milliards de dollars !

Il est aujourd'hui question de solidarité face à la crise. Or les plateformes de vente en ligne ne participent pas à l'indispensable effort collectif. Ainsi, seuls 10 millions d'euros de TVA ont été collectés par Amazon France en 2018, pour un chiffre d'affaires sur le territoire estimé à 6,5 milliards. Par conséquent, le commerce en ligne doit davantage participer au financement de nos politiques sociales.

L'amendement vise ainsi à instaurer une nouvelle contribution au taux de 10 % assise sur les bénéficiaires des entreprises de commerce en ligne. Le produit de cette taxe serait reversé à la Caisse nationale des allocations familiales. La recette supplémentaire permettrait d'amorcer une réflexion sur les salaires des assistantes maternelles, dont la rémunération est souvent inférieure au SMIC : 2,85 euros brut de l'heure par enfant. Or, durant le confinement, elles ont permis aux soignants et aux travailleurs en première ligne de poursuivre leurs missions. Elles ont gardé, rassuré et veillé sur les enfants dans un contexte anxiogène et épuisant. L'affectation de nouvelles recettes à la CNAF permettrait notamment de mener une politique ambitieuse de revalorisation des salaires de celles à qui nous confions ce que nous avons de plus précieux : nos enfants.

M. le rapporteur général. Nous avons examiné un amendement similaire l'an passé. Contrairement à ce que vous affirmez, une telle mesure menacerait directement les entreprises françaises du secteur, grandes ou petites, dont les bénéficiaires sont localisés en France, et non leurs concurrents étrangers qui livrent en France. Avis défavorable.

J'en profite pour rappeler que c'est notre majorité qui a instauré la taxe sur les GAFAM.

M. Boris Vallaud. Dans les faits, nombre d'entreprises françaises du numérique s'acquittent d'impôts que leurs concurrents ne paient pas, ce qui pose entre autres des problèmes de consentement à l'impôt. Il faut que la fiscalité touche aussi les multinationales, qu'elles disposent ou non d'un établissement stable en France. C'est une question de justice. Or, si ce gouvernement a instauré la taxe sur les GAFAM, il a aussi refusé la réforme de l'impôt sur les sociétés que j'avais proposée avec Gabriel Zucman et qui consistait à taxer les bénéficiaires là où ils sont réalisés. Cela nous aurait permis de récupérer 20 % du produit de l'impôt sur les sociétés, en France comme ailleurs en Europe.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS675 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet amendement tend à créer une cotisation sociale spécifique sur les transactions financières. Votre majorité a considéré que la vente par des particuliers de biens neufs ou d'occasion constituait une activité

professionnelle de complément, qui nécessite le prélèvement de cotisations. Nous estimons qu'il est au moins aussi essentiel que l'activité consistant à échanger des titres de capital, c'est-à-dire les transactions financières, profite, elle aussi, à la sécurité sociale.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS658 et AS662 de M. François Ruffin.

Amendement AS726 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. À l'occasion de la crise de la covid-19, les recettes de la sécurité sociale ont été amputées du fait de la baisse d'activité et des reports de cotisations. Dans le même temps, les dépenses sociales se sont accrues, provoquant un déficit de 39,7 milliards d'euros pour 2020. Cette situation historique appelle des mesures exceptionnelles.

Quoique leur progression ait marqué une pause à la fin du premier semestre 2021, les services de vidéo en *streaming* par abonnement sont désormais présents dans 50 % des foyers. Or de nombreuses études montrent les effets délétères de l'exposition prolongée aux écrans. C'est un grave problème de santé publique. C'est pourquoi nous suggérons, reprenant une proposition du groupe Socialistes et apparentés lors de l'examen du précédent PLFSS, d'instaurer une contribution durable sur les juteux bénéfices réalisés par les plateformes de *streaming*, de sorte qu'elles apportent une réparation financière aux dégâts sanitaires qu'elles occasionnent.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

D'abord, rien n'indique que cette progression, très circonstancielle, se poursuivra.

Ensuite, dès lors qu'elles font des bénéfices, ces entreprises doivent s'acquitter de l'impôt sur les sociétés et, afin de s'assurer qu'elles en paient leur juste part, le Gouvernement s'évertue à favoriser la coopération internationale.

Enfin, la fiscalisation à outrance de la sécurité sociale, à travers une foulditude de mini-taxes, ne me semble opportune ni pour sa stabilité ni pour son autonomie.

M. Boris Vallaud. On fiscalise à outrance les GAFAM ? Vous plaisantez ! Les multinationales consolident 40 % de leur chiffre d'affaires dans des paradis fiscaux ou des pays à fiscalité faible. Il faut s'efforcer d'aller vers plus de justice sociale. Cela relève sans doute de la coopération internationale, mais aussi de la fiscalité française sur les bénéfices.

M. le rapporteur général. Qu'il n'y ait pas de méprise : je parlais de la fiscalisation des recettes de la sécurité sociale.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS787 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Vous vous plaignez régulièrement que le groupe FI veuille toujours dépenser plus sans jamais faire rentrer d'argent. Eh bien, réjouissez-vous : par cet amendement, nous allons remplir les caisses de l'État, puisque nous proposons de taxer à 100 % les EHPAD privés lucratifs. (*Exclamations et rires.*) Je rappelle en effet que lors de la première vague, alors que l'on manquait de tout – de soignants, de masques, de gants... – et que l'on vivait une hécatombe dans les EHPAD, un groupe privé lucratif avait envisagé de verser 54 millions d'euros de dividendes à ses actionnaires.

D'ailleurs, je reste constante dans mes propos, puisque dans le rapport d'information que j'ai rédigé avec Monique Iborra, je préconisais la fin des EHPAD privés lucratifs.

M. le rapporteur général. Je salue cette proposition modérée !

Une telle mesure poserait évidemment un problème de constitutionnalité dès lors qu'elle viendrait s'ajouter à tout ce qui existe en la matière : CSG, CRDS, impôt sur le revenu, prélèvement de solidarité. En outre, vous prenez le problème à l'envers : il nous faudra dans les années qui viennent des places en EHPAD, grâce à un solide pôle public, à un solide pôle associatif ainsi qu'à des établissements privés, qui font d'ailleurs partie de l'offre actuelle. Il faudra aussi renforcer la qualité de la prise en charge en EHPAD, et je ne vois pas en quoi le fait de taxer les dividendes à plus de 100 % aiderait à atteindre cet objectif.

Avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Il est aussi possible d'avoir une offre d'EHPAD à but non lucratif : c'est le cas dans les Landes, où l'on enregistre les prix à la journée parmi les plus faibles de France et les taux d'encadrement parmi les plus élevés.

M. Pierre Dharréville. La question est d'importance : trouve-t-on normal, décent, voire souhaitable de se faire de l'argent sur l'hébergement, l'accompagnement et le soin de nos aînés ? Considère-t-on qu'il s'agit d'un marché sur lequel on a le droit de spéculer et sur lequel les fonds de pension ont le droit de se servir ? Je fais partie de ceux qui estiment que non. C'est une question que nous devrions aborder frontalement et sérieusement, pour essayer de mettre en place un service public puissant d'accompagnement de la perte d'autonomie – même si l'on peut discuter des manières de procéder.

Mme Annie Vidal. De quoi s'agit-il ? De prendre en charge et d'accompagner les personnes âgées. Nous savons tous que nous sommes dans une transition démographique déjà bien engagée et qui va crescendo. Au lieu d'opposer continuellement secteur public et secteur privé, posons des passerelles et jouons sur les complémentarités pour que chacun puisse trouver une offre qui lui soit adaptée !

Certes, il faudra travailler collectivement, en bonne intelligence, sur la question du coût de ces structures et du reste à charge, mais fermer tous les EHPAD privés ne me semble pas une solution.

Mme Caroline Fiat. Personne ne veut fermer les EHPAD privés, nous proposons juste qu'ils ne puissent pas se faire de l'argent sur le dos des personnes âgées – ce qu'on appelle « l'or gris » – car nous trouvons cela inacceptable. Si ce n'est pas votre cas, c'est votre problème ! (*Exclamations.*)

Mme la présidente Fadila Khattabi. Poursuivez, madame Fiat ; vous seule avez la parole.

Mme Caroline Fiat. Pour préparer le rapport d'information, nous nous sommes rendues dans deux pays ultra-communistes : les Pays-Bas et le Danemark. Là-bas, il existe des EHPAD privés, mais ils sont en petit nombre et n'ont en aucun cas le droit de verser des dividendes ; on n'y manque pas de places pour autant et tout va bien.

Que les EHPAD, qu'ils soient publics, associatifs ou privés, mettent de l'argent dans les soins, les activités et l'accompagnement des personnes, pas dans les dividendes ! Si vous ne me laissez pas parler, je vais « pourrir » la commission ! (*Protestations.*)

Je terminerai en soulignant que c'est dans les établissements privés lucratifs qu'on enregistre le ratio soignants/résidents le plus bas : tous les moyens sont bons pour faire des bénéfices.

Mme Monique Iborra. Ce qui est proposé à travers cet amendement ne figurerait pas dans notre rapport – sinon, je ne l'aurais pas signé.

Il faut quand même raisonner en termes d'intérêt général. Tous les gouvernements, sans exception, ont fait appel au secteur privé pour créer des places en EHPAD. Ce que l'on peut regretter en revanche – et ce qui figurerait, pour le coup, dans le rapport –, c'est qu'il existe des inégalités entre les établissements, en particulier pour ce qui concerne le personnel. Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que le taux d'encadrement soit plus élevé dans le secteur privé lucratif, qui fait des bénéfices, que dans le service public, on observe l'inverse. De même, la qualité des prestations est supérieure dans le secteur public ; les démarches novatrices, en particulier, y sont plus fréquentes – j'en ai été la première étonnée. L'intérêt général voudrait, non pas que l'on supprime un certain type d'établissements, mais que tous proposent des prestations de qualité équivalente. Et c'est pourquoi le Gouvernement, jusqu'à preuve du contraire, privilégie les EHPAD publics, notamment en matière d'investissement.

M. Pierre Dharréville. D'aucuns parlent de complémentarité, et il est vrai qu'il existe différents types d'établissements privés, y compris parmi ceux à but lucratif, mais ce qu'installe le système actuel, et qui vient d'être décrit, c'est une

forme d'inégalité entre les établissements, suivant les tarifs qui y sont pratiqués. Des structures privées s'implantent dans les segments les plus rentables – cela se fait dans bien des domaines, y compris en matière hospitalière. Je ne crois pas qu'on puisse laisser les choses se développer ainsi. Il faut l'excellence pour tous, c'est-à-dire renforcer le service public.

Mme Annie Vidal. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a, par suite d'un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), confié à la Haute Autorité de santé la rédaction d'un référentiel pour l'évaluation de l'ensemble des structures, qu'elles soient privées, publiques ou associatives. Cela a pris un peu de retard en raison de la crise sanitaire, mais permettra d'apporter de la transparence au fonctionnement des établissements.

Mme Jeanine Dubié. Madame Iborra, vous avez dit que le Gouvernement privilégiait les investissements dans les établissements publics mais rassurez-moi, le secteur privé à but non lucratif fait aussi partie de ses priorités, n'est-ce pas ?

Mme Caroline Fiat. Je précise à l'intention de Mme Iborra, que dans le rapport, il est bien indiqué qu'à titre personnel, je préconise d'interdire les EHPAD privés lucratifs.

Mme Monique Iborra. C'est en effet une préconisation émise à titre personnel – ce que vous omettiez de dire !

M. Jean-Hugues Ratenon. Je trouve choquant qu'au sein de la majorité, certains trouvent normal que les personnes âgées dépendantes deviennent des marchandises avec lesquelles on fait de l'argent. C'est ignoble ! (*Protestations.*)

M. le rapporteur général. Chers collègues, cela fait plus de quatre ans que nous travaillons ensemble et, je le crois, toujours dans une bonne ambiance, quels que soient nos différends politiques. Je suis choqué d'entendre Mme Fiat dire qu'elle va « pourrir la commission » et M. Ratenon déformer les propos de la majorité. J'appelle la commission à retrouver la sérénité qui la caractérise.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Rassurez-vous : je ne laisserai personne « pourrir la commission ».

La commission rejette l'amendement AS787.

Amendement AS235 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La création de la branche autonomie n'est pas accompagnée des financements susceptibles de faire face aux besoins identifiés dans le rapport Libault de mars 2019. Il faudrait 6 milliards d'euros supplémentaires par an à partir de 2024 et 9 milliards à partir de 2030. Hors mesures issues du Ségur de la santé, les dépenses en faveur de l'autonomie progressent de 1,2 milliard seulement dans ce PLFSS. En sus de ses recettes historiques, la branche bénéficiera, à hauteur

de 1,9 %, d'une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) jusqu'à présent affectée à l'assurance maladie pour un montant de 28 milliards. Ce n'est qu'à compter de 2024 qu'elle pourra bénéficier de financements supplémentaires correspondant à la recette de la CSG en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), pour un montant de 2,3 milliards, par suite de l'adoption de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Cette branche sera donc financée presque exclusivement – à hauteur de 90 % – par la CSG, c'est-à-dire par les salariés et les retraités, les employeurs ne contribuant qu'à hauteur de 6 % au soutien à l'autonomie par l'intermédiaire de la contribution solidarité autonomie (CSA).

À travers cet amendement, il est proposé de faire participer plus fortement les employeurs au financement de l'autonomie, en relevant le taux de la CSA de 0,3 % à 0,6 %. Son rendement passerait ainsi de 2,1 milliards à 4,2 milliards par an, ce qui nous aiderait à relever le défi de l'autonomie.

M. le rapporteur général. Avis défavorable pour les raisons déjà exposées à propos d'un amendement similaire de Mme Fiat à l'article 6.

Mme Caroline Fiat. Nous soutiendrons bien évidemment cet amendement.

Je suis désolée, madame la présidente, d'avoir employé cette expression tout à l'heure, mais il est extrêmement compliqué et désagréable de parler dans le brouhaha. (*Exclamations.*) Si cela vous ennuie qu'on exprime son opposition, chers collègues, dites-le franchement et je partirai, ce sera plus efficace !

Bref : j'aimerais pouvoir défendre mes amendements sans qu'on me coupe systématiquement la parole.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS414 de Mme Jeanine Dubié, AS370 de M. Joël Aviragnet et AS655 de M. François Ruffin (discussion commune).

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de créer une nouvelle ressource affectée à la CNSA pour financer les futures dépenses liées à la prise en charge de la perte d'autonomie. Je propose de prélever 1 % sur les successions et donations dont l'actif successoral net est supérieur à 150 000 euros. Même si la Cour des comptes estime qu'en 2024, la branche autonomie pourrait être excédentaire, on ne peut se satisfaire d'une vision à court terme. Vous prévoyez ainsi la création de 10 000 postes dans le secteur du médico-social, alors que tous les rapports évaluent le besoin à 350 000 postes. Il est de notre responsabilité de renforcer le financement de cette branche, de façon à ce qu'on puisse, dans les années qui viennent, prendre en charge correctement les personnes âgées avec un handicap, dans un établissement spécialisé comme à domicile.

M. Boris Vallaud. Les besoins de financement de la branche autonomie sont connus, mais elle n'est pas dotée comme elle le devrait. Afin d'améliorer la prise en charge de ce nouveau risque, l'amendement du groupe Socialistes et apparentés reprend une proposition du rapport Vachey : créer une contribution assise sur les droits de succession et de donation.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS655, de repli, vise à taxer les entreprises d'aide à domicile qui contraignent leurs salariés à être employés à temps partiel, de manière à abonder la CNSA et de financer en partie un service public de la dépendance.

Malgré le discours du Président de la République au printemps 2020, la situation des aides à domicile est toujours aussi précaire : 70 % d'entre eux sont considérés comme travaillant à temps partiel. On ne tient pas compte du temps de transport ni des coupures. Résultat : des temps pleins mais des salaires partiels.

La création d'un service public de la dépendance et l'instauration d'un système à la tournée permettraient d'améliorer considérablement les conditions de travail et les salaires des auxiliaires de vie sociale.

M. le rapporteur général. L'instauration d'une contribution sur les successions en vue de financer la branche autonomie a été suggérée à plusieurs reprises, notamment par le rapport Vachey. Si le débat mérite d'être engagé – il a déjà eu lieu au sein de cette commission –, la fiscalité de la transmission du capital est déjà plus forte en France que chez nos voisins et les perspectives pluriannuelles de la branche autonomie ne laissent pas à penser qu'une telle mesure soit urgente.

En outre, une taxation uniforme de 1 %, si elle a le mérite de la simplicité, soulève la question de la progressivité du dispositif.

Avis défavorable, comme l'année dernière.

M. Boris Vallaud. Certes, le débat déjà eu lieu, mais il n'a pas été conclusif ! J'avais proposé, pour financer le minimum jeunesse, une réforme de la fiscalité des très grosses successions ; plus de 80 % des Françaises et des Français en auraient été exonérés. Si l'on doit pouvoir transmettre le fruit d'une vie de travail à ses enfants, hériter d'une rente n'est pas conforme à l'idée que nous nous faisons de la République et de la justice fiscale et sociale.

Mme Jeanine Dubié. Un tel financement présenterait en outre l'avantage de l'universalité et permettrait de soulager la contribution de chacune des personnes concernées sans peser sur les revenus de l'activité. En outre, la contribution que nous proposons ne toucherait que les successions d'un montant supérieur à 150 000 euros. Il faut vraiment poursuivre cette réflexion.

*La commission rejette **successivement** les amendements.*

Amendement AS374 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Dans le même esprit, nous proposons, pour financer la cinquième branche, de créer une contribution de 1 % assise sur les revenus de capitaux mobiliers. Il serait bon de se pencher sur cette question alors que la CADES est de nouveau plus que pourvue.

M. le rapporteur général. Avis défavorable : la branche autonomie fait déjà participer le capital à son financement et n'a pas besoin de nouvelles recettes à court ou moyen terme, des excédents se dessinant même à l'horizon 2024-2025.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS671 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. En 2016, le gouvernement Valls a rendu obligatoire l'adhésion à une complémentaire dans les entreprises, provoquant le développement de ces organismes privés qui font du profit sur le dos de l'assurance des personnes. Dans son programme, la France insoumise défend le principe de la réintégration des complémentaires dans le régime général de la sécurité sociale, afin, d'une part, d'augmenter les recettes de la sécurité sociale, d'autre part, d'assurer une couverture égalitaire des personnes. Dans un premier temps, nous proposons d'augmenter leur contribution obligatoire.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà soumis, pour l'année 2021, les organismes complémentaires à une contribution exceptionnelle de 500 millions d'euros, qui s'ajoute à la contribution exceptionnelle de 1 milliard au titre de l'année 2020. Votre nouvelle contribution exceptionnelle représenterait 1,4 milliard supplémentaire.

Nous avons adapté le montant de cette contribution exceptionnelle en prévision du rattrapage de soins, notamment dans les secteurs dentaire et optique. De fait, au cours des deux premiers mois de 2021, les soins ont augmenté de 28 % en dentaire, de 41 % en optique et de 39 % en audiologie par rapport aux deux premiers mois de 2020.

Enfin, votre amendement s'achève par une formule qui paraît quelque peu incantatoire eu égard à la liberté d'entreprise... De ce fait, il y a de très fortes chances que la contribution exceptionnelle que vous proposez finisse par peser sur les assurés.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS411 de M. Régis Juanico.

M. Régis Juanico. Cet amendement est issu des préconisations du rapport que j'ai rédigé avec Marie Tamarelle-Verhaeghe au nom de la mission d'évaluation des politiques de prévention en santé publique. Nous y montrons que la sédentarité est une « bombe à retardement sanitaire ».

Vingt millions de nos concitoyens, soit un tiers de la population, souffrent de maladies chroniques. Leur nombre est en augmentation, et la crise sanitaire n'a rien arrangé. Or il existe des thérapies non médicamenteuses, validées par la Haute Autorité de santé et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, et qui ont fait la preuve de leur efficacité dans la lutte contre des pathologies telles que l'obésité, le diabète de type 2, l'hypertension artérielle ou certains cancers : par exemple, l'activité physique adaptée prescrite par un médecin ou le recours à un diététicien ou à un psychologue.

À travers cet amendement, nous souhaitons inciter les adhérents des complémentaires santé à souscrire des garanties qui intègrent ces prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il s'agirait d'abaisser à 5 % la taxe de solidarité additionnelle sur les garanties supplémentaires dont bénéficient les adhérents de contrats de complémentaire santé qui intègrent une prise en charge financière des séances de diététique, de psychologie ou d'activité physique adaptée. Une vingtaine de mutuelles prévoient déjà des dispositifs de ce type.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je crains une confusion : vous visez des prestations dont vous dites vous-même qu'elles sont déjà prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Sur le fond, est-il pertinent de créer une nouvelle catégorie parmi les assiettes de la taxe de solidarité additionnelle ? Sous réserve qu'ils soient solidaires, responsables et, surtout, qu'ils permettent de compléter le remboursement par l'assurance maladie obligatoire, les contrats que vous évoquez pourraient déjà bénéficier du taux réduit de 13 %. Par une nouvelle catégorie, on réduirait l'incitation à valoriser les contrats responsables et solidaires.

M. Belkhir Belhaddad. Cet amendement est le seul recevable qui porte sur l'activité physique adaptée – ceux que j'avais déposés ont tous été déclarés irrecevables.

Toutes les études concluent aux bienfaits de l'activité physique, notamment pour les malades du covid ou pour la santé mentale. Ces bienfaits pour nos concitoyens profitent aussi à nos comptes sociaux. Mais les dispositifs dont nous parlons sont difficiles à financer et l'action des fonds d'intervention régionaux (FIR) ne suffit pas pour changer de braquet. L'amendement va donc dans le bon sens. Les mutuelles et d'autres organismes sont déjà très investis dans ce domaine.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il faut des actes, y compris dans le domaine de la prévention – plutôt, ici, de la prévention secondaire –, pour substituer à des thérapeutiques onéreuses et non dépourvues d'effets secondaires des comportements favorables à la santé. Où trouver les ressources pour cela ? Les mutuelles – on peut leur en être reconnaissant – défendent cette démarche de prévention. Il serait dommage de ne pas la favoriser alors qu'elles y sont toutes prêtes.

M. Philippe Vigier. Je soutiens l'amendement. Quand on souffre d'une pathologie déclarée, on subit une surtaxe ; quand on réduit les risques par son comportement, il serait normal de bénéficier d'une sous-taxe, par effet miroir.

M. Régis Juanico. Monsieur le rapporteur général, les prestations dont j'ai parlé ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou ne le sont que marginalement. Elles le seront peut-être s'agissant des psychologues, d'après les annonces du Président de la République, mais la mesure ne figure pas encore dans le PLFSS.

Certains organismes complémentaires de l'assurance maladie, comme les mutuelles, sont disposés à jouer le jeu de l'activité physique adaptée. Ils font déjà des efforts financiers. Il faut les encourager. D'où l'idée d'une modulation qui créerait en quelque sorte une taxe comportementale.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La Cour des comptes comme le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) réfléchissent aux scénarios de prise en charge de la maladie et de sa prévention, de la « grande sécu » à la désimbrication entre mutuelles et assurance maladie. Le financement de la prévention est difficile, faute de ressources. L'amendement est intéressant, car il propose de confier aux complémentaires la prévention, sous la forme d'actes non nécessairement pris en charge par la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Monsieur Juanico, c'est vous-même qui parlez, dans le dispositif de votre amendement, de « *remboursement de thérapeutiques non médicamenteuses [...] prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie français* ».

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS962 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les bières très alcoolisées sont « *un attentat contre la santé des jeunes* », disait le regretté Axel Kahn. On voit émerger des gammes allant de 14 à 17 degrés, contre 5 ou 6 pour les bières classiques. Elles sont vendues par canettes de 500 millilitres que l'on ne peut plus refermer une fois ouvertes : il faut les boire jusqu'à la lie ; un jeune a alors consommé l'équivalent d'une bouteille de vin. Elles sont vendues très bon marché dans toutes les supérettes, pour donner aux jeunes l'habitude de s'alcooliser dès le plus jeune âge. De plus, ce ne sont pas des bières naturelles : elles sont « *bricolées* », on y ajoute des sucres, des levures pour les rendre plus fortes.

Le présent PLFSS manque un peu d'éléments concernant la prévention. Mon groupe redépose donc le même amendement que l'année dernière, visant à instaurer une taxation spéciale sur les bières titrant à plus de 11 degrés pour les rendre plus chères et en détourner les jeunes. Ce message de prévention serait un signe fort.

M. le rapporteur général. Nous avons eu ce débat en commission et en séance l'année dernière. Je partage tout à fait votre préoccupation concernant la consommation excessive d'alcool chez les jeunes, notamment de ces nouvelles bières fortement alcoolisées. Mais je vois deux risques dans votre amendement, l'un juridique, l'autre économique.

D'abord, je vous l'ai dit l'an dernier, un seuil à 11 degrés pourrait entraîner, aux yeux du droit européen, une discrimination pour une partie des bières brassées, sans être justifié par une nécessité de santé publique. Ensuite, le doublement du taux de la taxe à partir de 11 degrés me paraît créer un effet de seuil dont nous ne mesurons pas encore toutes les conséquences. L'objectif est certes de tuer l'assiette de la taxe comportementale, mais on risque d'entraîner avec elle des bières traditionnelles à fort taux d'alcool, qui ne constituent pas des produits d'appel pour les jeunes.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Depuis quatre ans, nous avons défendu des textes visant la prévention des mauvais comportements – je rends hommage à Agnès Buzyn pour avoir œuvré à taxer fortement le tabac. Les fabricants de ces boissons ne sont pas français, leur consommation n'a rien de culturel, ni rien de récréatif : le but est d'alcooliser les jeunes. Oui, il faut un seuil discriminant pour dissuader les jeunes : créer un effet de seuil, c'est ce que nous voulons, comme nous l'avons fait pour la cigarette grâce à Agnès Buzyn.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS950 de M. Philippe Vigier

M. Philippe Vigier. Il vise à fiscaliser les produits chauffés du tabac, actuellement beaucoup moins taxés que les cigarettes manufacturées, selon un régime d'accise similaire à celui applicable à ces dernières. Vous me rétorquerez, monsieur le rapporteur général, que c'est d'une directive européenne que dépend la taxation des produits manufacturés ; nous sommes pourtant libres d'appliquer la même fiscalité à ces différents produits.

Comme l'amendement précédent, celui-ci tend donc, en supprimant une distorsion de concurrence, à réduire la consommation du produit visé au nom de la santé du consommateur, tout en apportant des recettes – celles après lesquelles vous ne cessez de courir. Il va dans le sens de la politique d'augmentation des taxes sur les cigarettes manufacturées conduite par tous les gouvernements qui se sont succédé depuis des années.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez sortir les tabacs à chauffer de leur catégorie fiscale actuelle, celle des autres tabacs à fumer, pour en créer une différente.

Il est exact que les études de l'OMS, comme les études plus récentes, ne prouvent en rien que le tabac à chauffer serait moins nocif que les autres catégories

de tabac. Mais votre amendement créerait un nouvel avantage compétitif pour les autres tabacs à fumer, ce que rien ne justifie du point de vue de la santé publique, laquelle est le fondement de l'écart de taxation entre les produits du tabac. En outre, cette nouvelle catégorie n'existe pas dans le droit de l'Union européenne, notamment dans la directive de 2011 qui commande la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés dans l'Union. S'il faut moderniser la taxation des produits du tabac et créer une nouvelle catégorie, c'est à ce niveau de norme qu'il convient d'agir.

Avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. Je soutiens l'amendement.

La stratégie actuelle de l'industrie du tabac est double : d'une part, commettre ses méfaits dans les pays en voie de développement, dépourvus d'organisations de santé publique ; d'autre part, dans les pays déjà développés, basculer vers une autre catégorie de tabac dont aucune preuve n'a jamais établi qu'elle était moins nocive. Une étude indépendante réalisée par l'Institut Pasteur conclut à des risques non diminués, mais modifiés. La variété de tabac dont nous parlons présente donc un danger considérable.

Il faut par conséquent lui appliquer une fiscalité dissuasive, faute de quoi toute la stratégie de lutte contre le tabagisme employée depuis plusieurs décennies – y compris les mesures de hausse de la fiscalité sur le tabac que nous avons prises ensemble –, qui est parvenue à réduire le nombre de nos concitoyens mourant de ses conséquences, serait mise à bas.

Rappelons que le tabac est la première cause de mortalité évitable dans notre pays. On ne peut pas rester les bras croisés devant l'action déterminée et néfaste de l'industrie du tabac.

Dans ce domaine comme dans les autres, les directives européennes représentent le minimum qui doit être fait par tous les États membres, certainement pas le maximum ; la preuve : l'Allemagne vient d'augmenter la taxation des produits de tabac à chauffer. C'est cette mesure que nous allons adopter, et nos concitoyens nous en remercieront l'an prochain, quand il y aura un peu moins de 50 000 morts du tabac.

M. Philippe Vigier. Jean-Louis Touraine a très bien parlé. Les influenceurs orientent de plus en plus les consommateurs de tabac vers le tabac chauffé, avec succès ; il s'agit d'une stratégie différentielle pour compenser la hausse du coût des cigarettes, devenu rédhibitoire.

En outre, toutes les études scientifiques montrent qu'il y a beaucoup plus de produits frelatés dans le tabac à chauffer.

Enfin, concernant l'Europe, monsieur le rapporteur général, je vous entends, mais alors comment expliquer que la taxation sur les produits manufacturés soit

différente selon les pays membres de l'Union ? La preuve : l'importation de cigarettes manufacturées en France depuis d'autres pays européens n'a jamais été aussi développée qu'en 2020. Les services des douanes luttent contre ce phénomène, mais les conditions en sont très complexes à maîtriser.

L'amendement est dissuasif pour les consommateurs, favorable à la santé publique et pourvoyeur de recettes pour l'État. On ne saurait changer de stratégie selon que le produit est manufacturé ou livré brut.

M. le rapporteur général. Qu'on ne se méprenne pas sur mon propos : le tabac à chauffer est déjà taxé au sein de la catégorie à laquelle il appartient. Peut-être devriez-vous retravailler votre amendement de manière à proposer d'augmenter la fiscalité du tabac dans cette catégorie. C'est dans ce cadre que l'Allemagne augmente la fiscalité du tabac à chauffer, Monsieur Touraine. L'amendement, lui, tend à sortir ces produits du tabac de leur catégorie actuelle et à en créer une nouvelle ; ce n'est pas faisable à droit européen constant.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement ne passera sans doute ni la barrière constitutionnelle ni celle de la Commission européenne. Mais il permet de donner un signal. En fumant du tabac à chauffer, on absorbe plus de nicotine, qui se transforme en goudron : c'est ce qu'il y a de pire pour les coronaires. En outre, ce produit est destiné aux jeunes, notamment aux jeunes femmes ; or son interaction avec la pilule, comme celle du tabac classique, est très dangereuse pour les artères cérébrales, d'où un grand risque d'AVC. Je voterai donc l'amendement, même si son parcours doit s'interrompre dès la séance publique ou par la suite.

M. Philippe Vigier. Je suis prêt à réécrire l'amendement s'il le faut, mais ce qui compte est que nous soyons d'accord sur ce principe : le traitement fiscal du tabac à chauffer ne peut pas être différent de celui du tabac manufacturé. Si nous le sommes, nous pourrions réécrire l'amendement ensemble. Quant au Conseil constitutionnel, laissons-le où il est et faisons notre travail de législateur !

M. le rapporteur général. Je vous propose de retirer l'amendement puisque, en l'état, il ne va pas. Il faudrait voir comment vous satisfaire à droit européen constant. Je veux bien étudier la question d'ici à la séance, sans garantie de résultat – mais j'ai déjà eu l'occasion de vous montrer que je fais de mon mieux dans ces cas-là.

M. Philippe Vigier. D'accord, mais si nous ne trouvons pas de solution, je le redéposerai tel quel en vue de la séance pour que nous puissions en débattre.

L'amendement est retiré.

Article 12

Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

Amendement AS574 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin. S’agissant de la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique, il demeure des incertitudes et des risques. Que va-t-il se passer pour les agents dont l’employeur n’aura pas fait le choix d’un contrat collectif à adhésion obligatoire ? L’article 12 ne semble pas tenir compte de la multiplicité des dispositifs. Je m’interroge aussi sur la non-ratification de l’ordonnance que le Parlement avait habilité le Gouvernement à prendre par la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019 – je ne sais pas si vous avez questionné le Gouvernement à ce sujet, monsieur le rapporteur général. Et qu’en est-il des modalités de choix des dispositifs de couverture, encore en débat ?

L’harmonisation est prônée, mais elle n’implique pas nécessairement l’équité, ce qui nourrit beaucoup d’inquiétudes. Il faudrait clarifier l’éventail des choix possibles pour les futurs dispositifs de protection, ainsi que les mécanismes de solidarité à venir pour les retraités. Voilà pourquoi mon amendement, l’un des rares qui n’ait pas été déclaré irrecevable, demande au Gouvernement un rapport permettant d’évaluer l’impact des exonérations fiscales et sociales des différents types de contrats de protection sociale complémentaire souscrits par les agents de la fonction publique – et peut-être d’adapter le dispositif si besoin.

M. le rapporteur général. De manière générale, je ne suis pas favorable aux demandes de rapport ; en l’occurrence, celle que vous formulez est prématurée.

En effet, le déploiement de l’obligation de financement de la protection sociale complémentaire se fera de façon progressive ; elle sera généralisée en 2024 pour la fonction publique d’État et en 2026 pour les autres pans de la fonction publique. Certes, des dispositifs transitoires s’appliqueront au 1^{er} janvier 2022, pour assurer immédiatement la protection sociale complémentaire des agents publics, mais c’est plutôt à propos des dispositifs pérennes qu’un rapport serait pertinent.

En attendant, je me permets de vous renvoyer, s’agissant du niveau de protection sociale complémentaire dans la fonction publique, au rapport annuel sur l’état de la fonction publique.

Demande de retrait, à défaut, avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Je maintiens mon amendement, car, je le répète, il reste beaucoup d’incertitudes. Concernant la ratification de l’ordonnance, vous ne m’avez pas répondu.

M. le rapporteur général. Je n’ai pas d’éléments à vous donner sur ce point, mais le régime social est bien le même dans le public et dans le privé pour les contrats collectifs et individuels.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'article sans modification.

Après l'article 12

Amendement AS232 de M. Pierre Dharréville

M. Pierre Dharréville. Vous connaissez mon amour pour le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et les allégements qui en découlent, pérennisés par l'actuelle majorité... Je propose l'extinction progressive en deux ans de l'allégement de cotisation patronale d'assurance maladie, qui représente un coût annuel de 22 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, distribué aux entreprises sans contreparties, a montré son inefficacité en matière de création d'emplois : le dernier rapport d'évaluation fait état de 100 000 emplois créés entre 2013 et 2017, pour une dépense publique de 90 milliards. Cessons de nous priver de cette capacité financière.

M. le rapporteur général. Vous voulez faire peser 22 milliards d'euros de cotisations sur les entreprises ; c'est progressif – encore que vous ne leur laissiez que jusqu'à 2024 pour s'adapter –, mais massif. Or il s'agit de prélèvements sur l'emploi, particulièrement sur celui qui est rémunéré au voisinage du SMIC. On pourrait certes considérer que ce sont autant de cotisations supplémentaires pour l'assurance maladie ; mais ce seraient surtout des allocations-chômage supplémentaires, alors que l'UNEDIC a été pleinement mise à contribution pour faire face à la crise, et cela impliquerait un éloignement durable de l'emploi pour les salariés les plus précaires.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ces 22 milliards, c'est au budget de la sécurité sociale que nous voulons les ajouter. Quant à vos inquiétudes concernant les allocations-chômage, j'aurais aimé qu'elles s'expriment au moment où le décret qui vient de paraître a privé nombre de demandeurs d'emploi d'allocations auxquelles ils avaient auparavant droit.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS372 de M. Joël Aviragnet

M. Joël Aviragnet. Il vise à subordonner les allègements de cotisations patronales dans le cadre du CICE, pour les entreprises dont la taille égale ou excède le seuil européen de l'entreprise moyenne, aux obligations suivantes en matière sociale, environnementale et fiscale : remise d'un rapport annuel faisant état de la trajectoire de réduction des émissions de gaz à effet de serre ; interdiction de délocaliser des activités à l'étranger en entraînant une diminution du nombre d'emplois en France ; instauration de l'égalité salariale entre les hommes et les femmes.

M. le rapporteur général. Non, monsieur Dharréville, le décret sur l'assurance chômage ne prive pas les cotisants de droits : ceux qui étaient déjà au chômage conservent leurs droits, et s'ils signent un contrat court dans l'intervalle, ils les rechargeront, de sorte que, pour eux, le dispositif précédemment en vigueur continuera de produire ses effets pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

Je serai défavorable à l'amendement de M. Aviragnet. Nous avons encouragé toutes les entreprises, et non pas seulement celles qui sont soumises à une déclaration extrafinancière, à se réformer dans le sens de la responsabilité sociale et environnementale. C'est notamment l'objet de la modification de l'article 1833 du code civil à laquelle a procédé la loi PACTE afin que toute société créée en France prenne en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité. En vertu du nouvel article 1835 du code civil, des sociétés à mission peuvent être créées.

L'amendement, déjà déposé à maintes reprises dans le cadre des précédents PLFSS, réduirait l'attractivité de la France en faisant peser une forte contrainte sur le déplacement des activités, au détriment de l'emploi. De plus, il subordonne le bénéfice de l'exonération à un index d'égalité homme-femme inférieur à soixante-quinze points, ce qui est évidemment contraire à notre objectif commun d'amélioration de l'égalité professionnelle en entreprise.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS231 de M. Pierre Dharréville

M. Pierre Dharréville. Je propose non de supprimer le CICE, mais de le réorganiser, en instaurant un malus sur l'allègement de cotisations pour les entreprises aux pratiques non vertueuses en matière environnementale, d'emploi, de salaires ou d'investissement. Ainsi, l'allègement servira des objectifs au lieu de se réduire à un cadeau qui grève le budget de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Quand on demande une évaluation et que celle-ci montre que les objectifs visés ne sont pas atteints, il faut s'en occuper ! Si vous voulez maintenir ces aides, assurez-vous du moins qu'elles atteignent leurs objectifs.

La commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS371 de M. Joël Aviragnet.*

Amendements identiques AS230 de M. Pierre Dharréville et AS373 de M. Joël Aviragnet

M. Pierre Dharréville. Toujours pour alimenter les caisses de la sécurité sociale, et compte tenu de vos objections, monsieur le rapporteur général, je propose que soient favorisées les entreprises qui ne distribuent pas en dividendes une partie substantielle de leurs bénéfices, tandis que celles qui en distribuent massivement n'auraient pas droit à l'allégement. Sinon, cela signifierait que celui-ci, c'est-à-dire l'argent public, sert à financer non l'emploi, mais les dividendes.

M. Joël Aviragnet. Nous souhaitons de même que les allègements de cotisations profitent à l'emploi, non à la distribution de dividendes.

M. le rapporteur général. Nous en avons déjà débattu ces dernières années. L'amendement conduirait à exclure du bénéfice des allègements une partie des entreprises en raison de leurs choix d'investissement et ne ferait que réduire l'attractivité de la France pour les investissements internationaux. Or – vous ne partagerez sans doute pas mon avis – je suis fier que notre travail depuis quatre ans ait permis à la France d'être de loin le pays européen le plus attractif et d'accueillir 16 600 entreprises étrangères représentant 2,3 millions d'emplois, plus de 14 % de l'investissement des entreprises et près du tiers des exportations.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. En effet, je ne partage pas votre fierté. Surtout, vous ne pouvez pas classer les dividendes parmi les investissements ; au contraire, bien souvent, le versement des premiers empêche les seconds – c'est ce que je constate dans nombre d'entreprises de ma circonscription. Si vous voulez engager des dynamiques favorables à l'investissement, à l'emploi, à l'environnement, attaquez-vous donc aux dividendes : c'est le cœur du problème.

*La commission **rejette** les amendements.*

2. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 15 heures (après l'article 12 [suite] à article 38)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11315562_6166d5808d785.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2022-su-13-octobre-2021

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022. Nous avons examiné 54 amendements ce matin : il ne nous en reste plus que 395... Je nous souhaite donc beaucoup de courage !

Amendement AS766 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. La transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement de cotisations patronales devait permettre de réduire le coût du travail des salariés les moins qualifiés. Or ce dispositif est en réalité bien plus étendu et constitue une trappe à bas salaires. La stagnation des salaires trouve ainsi une explication : si une entreprise augmente de 1 % le salaire brut d'un employé proche du SMIC, les cotisations sociales et les charges totales augmentent de plus de 1 %.

Les employés à bas salaires sont deux fois plus souvent en contrat court que la moyenne, ont de faibles durées de travail hebdomadaire, connaissent plus souvent le chômage, ont peu d'opportunités de carrière et travaillent dans des conditions difficiles – ils ont, en effet, deux fois plus de risques d'accident professionnel.

Le travail n'a pas qu'un coût, il a aussi un prix, et il est grand temps de supprimer les allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Votre amendement augmenterait les cotisations des entreprises, dans deux mois et demi, à hauteur de 20 milliards d'euros. Cette augmentation, plus radicale encore que vos propositions précédentes, toucherait plus de 12 millions de personnes – c'est le nombre de salariés concernés par le dispositif actuel. Pour une grande partie d'entre eux, cela signifierait la disparition de leur emploi.

Avis très défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle rejette successivement les amendements AS667 et AS765 de Mme Caroline Fiat.

Amendement AS688 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Vous serez forcément d'accord avec cet amendement qui tend à supprimer les exonérations de cotisations patronales des entreprises qui ne respectent pas leurs obligations en matière d'égalité salariale : c'est la priorité du quinquennat.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. On arrive à la fin du quinquennat : il faut vous bouger !

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS690 de Mme Caroline Fiat.

Amendement AS229 de M. Pierre Dharréville, amendements identiques AS228 de M. Pierre Dharréville et AS539 de Mme Delphine Bagarry, amendement AS376 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS229 vise à limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales issu du pacte de responsabilité aux seuls bas salaires, c'est-à-dire aux rémunérations inférieures à 1,6 fois le SMIC. Le Conseil d'analyse économique indiquait dans une note de janvier 2019 que ce dispositif, actuellement applicable jusqu'à 3,5 fois le SMIC, était inefficace en matière de création d'emplois et de compétitivité.

L'amendement AS228, de repli, prévoit de limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations aux salaires ne dépassant pas 2,5 fois le SMIC.

Mme Albane Gaillot. L'amendement AS539 est défendu.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS376 porterait la limite à 2 fois le SMIC.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà largement débattu de cette question les années précédentes ; je n'y reviens donc pas pour le moment. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. J'espérais justement que l'idée avait eu le temps de faire son chemin...

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS239 de M. Pierre Dharréville.

Amendement AS439 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. La désertification médicale doit être l'une de nos principales préoccupations. Pour le groupe UDI et Indépendants, en tout cas, elle

l'est. Dans notre pays, 10 % de la population n'a pas de médecin traitant et plus de 40 % des médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients. Les inégalités se creusent à mesure que l'offre de soins s'appauvrit dans les territoires ruraux. Elles sont telles que l'espérance de vie d'un habitant d'une zone rurale est, en moyenne, inférieure de deux ans à celle d'une personne résidant dans une zone urbaine. Ces inégalités sont en totale contradiction avec le principe posé par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, aux termes duquel la Nation « *garantit à tous [...] la protection de la santé* ».

Le Gouvernement a supprimé, il est vrai, le *numerus clausus*, et la formation des médecins prend du temps, il ne faut pas se voiler la face. Néanmoins, la formation de nouveaux médecins n'est pas suffisante : cela ne garantit pas une juste répartition sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi nous vous proposons d'instaurer des zones franches médicales sur le modèle des zones franches urbaines. Ce dispositif s'appliquerait dans des zones sous-denses identifiées par les agences régionales de santé (ARS) et reposerait sur des exonérations pour les généralistes et les spécialistes qui s'y installeraient. Une telle mesure incitative constituerait une solution complémentaire pour assurer une meilleure répartition de l'offre de soins dans l'ensemble du territoire.

M. le rapporteur général. Je comprends l'idée mais ce que vous proposez existe déjà. Le code de la santé publique identifie des zones « *caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* », et ce zonage, régulièrement revu par les ARS, est associé à des aides versées par l'État et les collectivités territoriales ou à des exonérations fiscales. Ajouter un dispositif similaire pourrait produire des difficultés, notamment d'articulation.

Je vous propose de retirer l'amendement ; sinon, avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Un des problèmes de ce zonage est qu'il prend en compte la situation existante et non future. Des départs à la retraite sont parfois sur le point de se produire, et un territoire aujourd'hui non carencé – ou faiblement – peut le devenir vraiment demain. Or dans une telle situation on ne stimule pas les installations.

La seconde difficulté est l'incohérence avec d'autres zonages, notamment pour les professionnels paramédicaux, comme les kinésithérapeutes. Or tout est lié si l'on veut qu'il y ait des parcours de soins et un travail coordonné.

Il faut faire un travail sur le zonage d'ici à la séance. Je vous appelle à en parler avec le ministre, monsieur le rapporteur général.

M. Philippe Vigier. Je comprends ce que propose notre collègue Valérie Six, mais j'ai été confronté à des effets de bord : quatre praticiens ont déménagé de l'autre côté de la rue parce qu'ils n'étaient pas dans la bonne zone. Je ne suis donc pas persuadé qu'une solution de ce type soit la meilleure.

En revanche, je souscris complètement à ce qu'a dit Thibault Bazin. Il faut plutôt raisonner à l'échelle des communautés professionnelles territoriales de santé et des bassins de vie.

J'invite également Valérie Six à regarder les travaux réalisés par la Cour des comptes à propos de l'empilement des mesures de défiscalisation : le résultat n'a jamais été très performant. C'est une piste qui est certes à creuser, mais pas à privilégier pour le moment. La réflexion doit être plus large.

M. le rapporteur général. La démographie d'une profession de santé ne colle pas nécessairement à celle d'une autre. Il est donc utile d'avoir des zonages différents.

Vous avez tout à fait raison, monsieur Bazin, en ce qui concerne la nécessité d'une réévaluation régulière – on fige la situation pour une durée de trois ans. On ne peut pas tout anticiper, notamment les déménagements potentiels, mais c'est possible pour les départs à la retraite. J'ai déjà interrogé la direction générale de l'offre de soins (DGOS) lors de son audition, et je crois que cela fait partie des travaux qui pourront être engagés. En tout cas, j'incite très vivement à parler de ces questions dans le cadre des conseils territoriaux de santé.

M. Thibault Bazin. Quelle a été la réponse de la DGOS ? Les ARS peuvent-elles inclure dans les zones déficitaires des territoires qui le seront prochainement ?

M. le rapporteur général. J'ai demandé qu'on travaille sur ce sujet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS956 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. La croissance est au rendez-vous. Le ministre Bruno Le Maire a évoqué, lors de sa présentation du projet de loi de finances, un taux de 6,2 % pour cette année, ce qui est formidable après la dépression liée à la pandémie, et on annonce 4 % pour 2022. Nous souhaitons un meilleur partage des fruits de cette croissance.

Nous avons toujours estimé que l'intéressement et la participation, qui existent déjà pour certains salariés, devaient être encore plus encouragés, et nous faisons, par cet amendement, une proposition concrète en ce sens. Je rappelle que le Président de la République est lui-même à l'origine d'une prime de 1 000 euros défiscalisée, la prime « Macron ». La redistribution suscite la confiance et doit nous emmener dans la même direction, celle du redressement du pays.

M. le rapporteur général. Comme vous l'avez vous-même souligné, la majorité a largement encouragé le recours à l'intéressement. La loi relative à la croissance et la transformation des entreprises (« PACTE ») a notamment supprimé le forfait social pour les sommes versées dans ce cadre au sein des entreprises de moins de 250 salariés, a étendu les bénéficiaires de l'intéressement au conjoint collaborateur ou associé et a établi un moratoire de cinq ans quand une entreprise

franchit un cap d'effectifs de salariés, pour prolonger le bénéfice de l'exonération de forfait social. Nous avons également conditionné le bénéfice de la première prime exceptionnelle de pouvoir d'achat à la signature de plans d'intéressement. L'ensemble de ces dispositions a abouti à une exemption d'assiette de 10 milliards d'euros en 2020, partiellement compensée par le forfait social. L'exonération que vous proposez coûterait 1 milliard d'euros supplémentaires, sans compensation pour la sécurité sociale. Je ne peux donc y être favorable.

M. Philippe Vigier. Il faut apporter une réponse pour les petites et moyennes entreprises (PME) et les très petites entreprises (TPE), où l'intéressement est moins au rendez-vous alors qu'elles représentent des millions d'emplois. Il reste vraiment un effort à faire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS445 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit de repousser la suppression de l'exonération de charges patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), en réponse aux inquiétudes du secteur agricole. Un tel report est justifié par l'impact de la crise sanitaire sur la compétitivité des entreprises de ce secteur mais aussi, plus généralement, par les difficultés auxquelles les producteurs agricoles sont confrontés pour recruter des travailleurs saisonniers et par la concurrence exercée par d'autres pays européens, qui rémunèrent leurs saisonniers en deçà du SMIC français. Cette mesure est un moyen de lutter contre le dumping social dans les filières de la viticulture, de l'arboriculture, du maraîchage, de l'horticulture ou encore de l'ostréiculture. Cela fait des années que ces filières alertent les pouvoirs publics sur leur situation économique. La production de fruits et légumes, par exemple, recule face à nos concurrents, qui pratiquent des prix bas. La France doit absolument maintenir la compétitivité de son agriculture.

M. le rapporteur général. C'est presque un exercice incontournable lors de l'examen du PLFSS. Cette exonération a déjà été prolongée pour permettre aux exploitants agricoles de s'adapter en vue du remplacement du dispositif par les allègements généraux, qui permettent d'exonérer les mêmes catégories de salaires. Le dispositif TO-DE s'applique encore jusqu'au 1^{er} janvier 2023.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Je soutiens pleinement la proposition de notre collègue, d'autant que des membres de mon groupe avaient déposé des amendements identiques. Il n'existe pas encore de solution et il n'y en aura pas d'ici au 1^{er} janvier 2023. Nous avons encore échangé avec la filière à ce sujet.

C'est une question essentielle pour les producteurs de fruits et légumes, qui sont notamment engagés dans la transition écologique, pour laquelle certains efforts

leur sont demandés. Il est important qu'ils soient compétitifs par rapport à leurs concurrents étrangers. Le dispositif TO-DE doit donc être pérennisé.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS244, AS245 et AS246 de M. Fabrice Le Vigoureux.

M. Fabrice Le Vigoureux. Nous souhaitons mettre fin à une bizarrerie de notre droit qui a un très fort impact sur le développement des soixante-quatorze laboratoires départementaux d'analyse vétérinaire, dont vous savez qu'ils ont été très précieux en plein cœur de la pandémie pour l'analyse de millions de tests PCR.

Certains départements ont, dans le passé, regroupé les laboratoires en constituant des groupements d'intérêt public (GIP) pour atteindre, dans un cadre de plus en plus concurrentiel, une plus grande efficacité économique. C'est le cas, notamment, en Bretagne et en Normandie. Certaines structures ont utilisé les réductions de cotisations patronales qui existent depuis la « loi Fillon » pour améliorer leur compétitivité. Or la loi, ce qui est très bizarre, ne fait pas de distinction entre les GIP qui exercent une activité de nature administrative et ceux qui développent une activité industrielle ou commerciale. La Cour de cassation a remis en cause en 2019, par une lecture littérale des textes, l'application de ces déductions, non en raison de la réalité de l'activité mais du seul statut juridique. Cela affecte très fortement l'équilibre économique de ces structures et compromet gravement leur développement.

Ce que je vous propose permettrait de clarifier, enfin, le cadre juridique pour éviter des distorsions de concurrence majeures entre des laboratoires qui exercent la même activité et dont la seule différence est leur statut juridique. Je rappelle que les chambres régionales des comptes soulignent régulièrement que ces laboratoires doivent relever d'une comptabilité privée et qu'ils entrent dans le champ concurrentiel. De même, les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ont reconnu que les GIP avaient droit au dispositif du chômage partiel pour leurs salariés de droit privé. Mes amendements visent simplement à tenir compte de la réalité des activités des laboratoires.

M. le rapporteur général. S'agissant des GIP assurant un service public administratif, leur exclusion des allègements généraux s'explique par le fait que ces acteurs ne sont pas engagés dans un secteur concurrentiel et ont d'autres modalités de financement. Quant aux autres GIP, qui ont des activités industrielles ou commerciales, je saisis la difficulté dans laquelle ils se trouvent du fait de leur situation hybride et de leur proximité avec les établissements publics industriels et commerciaux (EPIC). En l'absence de données concrètes sur le montant que représenterait cette exonération et compte tenu du contexte compliqué des finances sociales, je ne peux donner un avis favorable, mais c'est un sujet sur lequel je propose de travailler d'ici à la séance. Je vous suggère donc de retirer vos trois amendements.

M. Fabrice Le Vigoureux. Avant de les retirer, j'aimerais citer un exemple local : 280 des 400 personnes qui travaillent dans le laboratoire de ce type en Normandie relèvent de contrats privés, alors que les autres sont des fonctionnaires détachés, et les réductions de charges « Fillon » représentent 10 % de la masse salariale – soit 1,5 million d'euros – ce qui est absolument colossal.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS791 de Mme Sylvia Pinel, amendements identiques AS1095 du rapporteur général et AS1040 de M. Fabien Matras (discussion commune).

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS791 vise à supprimer la part salariale de la surcotisation versée par les sapeurs-pompiers à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Cette surcotisation a été instituée par la loi du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale pour permettre le financement de l'intégration progressive de la prime de feu dans la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels. La loi disposait que cette intégration serait réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1991 au 1^{er} janvier 2003. Toutefois, la surcotisation a été maintenue par la suite. Depuis plusieurs années, les sapeurs-pompiers et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) demandent la suppression de cette mesure, qu'ils estiment injustifiée et qui représente en moyenne 55 euros par mois sur les fiches de paie.

M. le rapporteur général. Je propose également de supprimer la surcotisation salariale sur la prime de feu des sapeurs-pompiers.

L'année dernière, avec le Gouvernement, nous avons déjà augmenté de 100 euros par mois, en moyenne, le pouvoir d'achat des sapeurs-pompiers professionnels. Le taux de la prime de feu a, en effet, été porté de 19 à 25 % du salaire, et les départements ont bénéficié d'une compensation de la part de l'État par l'intermédiaire de la suppression de la surcotisation patronale. La question de la surcotisation salariale s'est introduite d'une façon un peu brouillonne dans les débats, et nous avons repoussé une évolution en la matière pour pouvoir y travailler davantage.

Mon amendement est en quelque sorte en miroir de ce que nous avons fait l'an dernier, puisqu'il tend à supprimer désormais une surcotisation salariale qui n'a effectivement plus lieu d'être. Cela permettra aux pompiers de bénéficier d'une revalorisation supplémentaire d'environ 50 euros. Au total, si cet amendement est adopté, les deux derniers PLFSS auront permis d'augmenter la rémunération des sapeurs-pompiers professionnels de 150 euros par mois sans altérer leurs droits sociaux ou le montant de leur pension.

Mme Patricia Mirallès. La part patronale a disparu l'année dernière, l'amendement AS1040 supprime la part salariale. Cette surcotisation n'a plus de justification légale, elle ne devrait plus être perçue depuis 2003.

M. le rapporteur général. Votre amendement, madame Dubié, est moins précis que le mien et celui de M. Matras, qui disposent que la mesure prendra effet dès le 1^{er} janvier 2022. Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. J'avais déjà déposé cet amendement l'année dernière mais je ne pense pas, monsieur le rapporteur général, travailler d'une façon brouillonne.

M. le rapporteur général. Ce n'est pas ce que je voulais dire !

Mme Jeanine Dubié. Nous sommes plusieurs à avoir soulevé ce sujet l'année dernière. Le Gouvernement, le rapporteur général et la majorité nous ont entendus et, entre-temps, nous avons examiné la proposition de loi de M. Matras. Je pense que c'est le bon moment pour prendre une décision.

Je peux tout à fait comprendre que la rédaction proposée par le rapporteur général et la majorité soit meilleure que la nôtre. Je vais retirer l'amendement AS791 au profit des deux autres, mais je considère que nous sommes largement à leur origine.

M. Stéphane Viry. Tout vient à point à qui sait attendre. Cette mesure correspond à des amendements déposés assez régulièrement par différents groupes, relevant plutôt de l'opposition. Le groupe Les Républicains avait déjà souligné l'an dernier qu'il était injustifié de maintenir la part salariale de la surcotation depuis 1990 et d'abonder ainsi depuis trente ans la CNRACL. Il est temps que justice soit faite. Je soutiens donc les amendements restant en discussion, Mme Dubié ayant eu l'élégance de retirer le sien.

M. Paul Christophe. Le groupe Agir ensemble soutient également ces amendements. C'est un sujet dont nous avons débattu l'année dernière sans aboutir à un résultat, mais l'engagement avait été pris d'y revenir. C'est chose faite. Il est vrai que cette surcotation aurait dû expirer en 2003. Il manque des explications concernant ces dix-huit années supplémentaires, mais nous n'allons pas moins réaliser une avancée.

J'ai une question, monsieur le rapporteur général. Les amendements sont gagés : avez-vous connaissance des modalités de compensation pour la CNRACL ? Le montant devrait tout de même s'élever à 22 millions d'euros, ce qui n'est pas rien !

M. Jean-Pierre Door. C'est une demande expresse des sapeurs-pompiers professionnels, comme nous avons pu le constater dans les SDIS. L'amendement du rapporteur général nous convient, car il s'inscrit dans la continuité de ceux que nous avons déposés les années précédentes. Une fois n'est pas coutume, nous le soutiendrons.

M. Philippe Vigier. Le groupe Mouvement démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés soutiendra naturellement ces amendements, attendus depuis si longtemps.

S'agissant d'une aussi belle cause, l'élégance absolue serait que tout le monde soit signataire du même amendement en séance. Il ne doit y avoir ni gagnants ni perdants. La mesure que nous allons adopter est le fruit du travail parlementaire : elle ne figure pas dans le projet de loi. Ce sont les députés qui font en sorte que ce problème soit réglé. Que nous soyons tous cosignataires du même amendement honorerait le Parlement.

M. le rapporteur général. Si cet amendement est adopté, il deviendra celui de la commission.

Je redis, si ce n'était pas clair, qu'il s'agit d'une préoccupation partagée sur la plupart des bancs. Je m'étais engagé à retravailler sur ce sujet, et je l'ai fait.

Il faudra effectivement voir avec le Gouvernement la question que vous avez évoquée, monsieur Christophe. Nous aurons l'occasion d'en discuter en séance.

L'amendement AS791 est retiré.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS1095 et AS1040.*

Amendement AS640 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous souhaitons instaurer une expérimentation nommée « Objectif 32 heures », qui reposerait sur une exonération de cotisations pour les salariés ayant signé un contrat de 32 heures de travail payées 35 heures.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS213 de M. Pierre Dharréville et AS369 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Dans le rapport sur les maladies professionnelles dans l'industrie que nous avons commis, Julien Borowczyk et moi, nous avons formulé une proposition qui a été reprise par M. Didier Migaud, alors premier président de la Cour des comptes, lors de son audition par notre commission le 10 octobre 2018. Il s'agit de relever les taux de cotisation au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. La tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l'évaluation et la prévention et participerait à la promotion de la santé au travail.

Mme Gisèle Biémouret. Par l'amendement AS369, nous souhaitons, pour les mêmes raisons, l'instauration d'un mécanisme de prévention permettant de lutter

efficacement contre les maladies professionnelles, en particulier le burn-out, l'épuisement au travail, qui a fait l'objet d'un rapport d'information de Gérard Sebaou et d'Yves Censi durant la précédente législature.

M. le rapporteur général. Ces deux amendements, qui visent à augmenter le taux de la cotisation AT-MP lorsque l'employeur ne prend pas les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle, me semblent moins-disants que le dispositif en vigueur. Des mécanismes de majoration des cotisations AT-MP en fonction de la sinistralité existent déjà : outre des majorations forfaitaires communes à l'ensemble des entreprises, on applique un « taux brut » calculé en fonction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur la période triennale de référence, à savoir de $n - 4$ à $n - 2$.

Ces mécanismes seront renforcés à compter de 2023 par l'entrée en vigueur du dispositif « prime-signal », qui majorera, dans la limite de 10 %, le taux de cotisation des entreprises de dix à dix-neuf salariés connaissant des accidents du travail récurrents ; à l'inverse, les entreprises de même taille ayant une démarche positive en matière de prévention seront récompensées par une réduction forfaitaire des cotisations, également de 10 %.

Ces règles de tarification sont différentes pour les entreprises de moins de vingt salariés, dont le taux brut est lié non à leur sinistralité propre, mais à celle de leur secteur d'activité.

Je vous propose de retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je suis presque tenté de retirer mon amendement pour travailler d'ici à la séance à une proposition qui vous correspondrait peut-être mieux, monsieur le rapporteur général.

Le constat qui a été fait, par nous mais aussi par la Cour des comptes, était que la différence entre les entreprises vertueuses et celles qui le sont moins était trop peu significative pour avoir des effets, et je crois que nous en sommes toujours là. Nous souhaitons des mesures un peu plus fortes.

Vous avez parlé de bonus et de malus, mais je ne suis pas sûr que des bonus soient nécessaires quand on respecte la santé des travailleurs dans son entreprise – c'est plutôt dans l'ordre des choses. Lorsqu'on ne le fait pas, en revanche, une action vigoureuse est nécessaire, car la vie et la santé des personnes sont mises en danger.

M. Julien Borowczyk. Nous avons en effet travaillé ensemble sur cette question, M. Dharréville et moi. J'entends les arguments du rapporteur général, et je voudrais également évoquer les problèmes de sous-déclaration que pourraient entraîner de telles dispositions. Il existe déjà un réel problème de sous-déclaration, ainsi que de reconnaissance et de prise en charge des maladies professionnelles. Il faut faire attention aux effets pervers.

M. Stéphane Viry. C'est la vieille question de la reconnaissance et de la prise en charge de certaines pathologies du travail, notamment le burn-out, qui revient. Vous avez ouvert une porte, monsieur le rapporteur général. J'espère qu'il se passera quelque chose dans les jours qui viennent, car il serait bon d'avancer concrètement pendant cette législature.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS659 de M. Adrien Quatennens et AS692 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons, par ces amendements, de faire davantage contribuer les entreprises de plus de cinquante salariés où la proportion d'arrêts maladie pour burn-out est supérieure à un certain seuil. Les entreprises qui mettent à ce point leurs salariés sous pression doivent contribuer davantage au financement de la branche AT-MP.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette les amendements.

Amendement AS753 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de faire davantage contribuer les entreprises de plus de cinquante salariés qui pratiquent des licenciements dits « boursiers ».

M. le rapporteur général. Je partage votre attention à l'égard des bouleversements liés aux licenciements économiques et à la transformation des entreprises, qui doivent faire l'objet d'une démarche particulièrement attentive, elle aussi, des services des ressources humaines concernés.

Là encore – et je veux saluer nos collègues Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean pour leur travail – nous avons amélioré la situation grâce à la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail : nous avons prévu que les médecins du travail accompagnent l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'analyse des effets sur les conditions de santé et de sécurité des travailleurs des changements organisationnels importants dans l'entreprise.

Une distorsion sur le fondement du seul critère de sinistralité aurait pour conséquence de diminuer l'impact relatif des majorations de cotisations pesant sur les entreprises peu vertueuses en matière de santé au travail. Par conséquent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS644 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous défendons cet amendement chaque année, parce qu'il nous tient vraiment à cœur. Nous souhaitons que le taux des cotisations AT-MP soit modulé en fonction des pratiques pathogènes et accidentogènes. Différentes

études médicales prouvent que le travail de nuit favorise les problèmes cardiovasculaires, le diabète, l'obésité ou le cancer du sein. Certes, il existe des métiers qui doivent s'exercer la nuit, mais est-il bien nécessaire de pouvoir acheter un parfum à 22 heures ou d'être livré à toute heure ? Nous pouvons nous passer de certaines choses la nuit – elle est faite pour dormir ! Je compte bien que cet amendement sera adopté avant la fin de cette législature.

M. le rapporteur général. La loi du 2 août 2021 vise à diminuer fortement les pratiques pathogènes et accidentogènes au sein des entreprises par deux biais principaux : la mise en œuvre d'une logique de prévention primaire dans les entreprises, telle que l'ont souhaitée les organisations syndicales et patronales dans l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 ; l'identification et la prévention des risques dans toutes les entreprises par la formalisation d'un document unique d'évaluation des risques et de prévention, associant le comité social et économique dans les entreprises de plus de cinquante salariés, pour identifier collectivement et régulièrement les principales pratiques susceptibles d'entraîner des risques pour les salariés.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Entre l'ambition de diminuer fortement les risques auxquels sont exposés les salariés et l'ambition de les protéger pour qu'ils n'y soient plus exposés, il y a une différence. Si on tape au portefeuille, si faire travailler ses salariés la nuit coûte plus à l'employeur et s'il doit faire payer très cher le parfum à 22 heures, il n'ouvrira pas sa boutique. Il faut savoir taper là où ça fait mal. Il faut savoir taper du poing sur la table !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS974 de M. Christophe Blanchet.

M. Philippe Vigier. Il s'agit de s'attaquer au problème de l'employabilité des seniors, notamment ceux qui ont plus de 50 ans, et plus précisément ceux qui ont plus de 55 ans, dont les maladies professionnelles induisent, pour les entreprises, des taux de cotisation accrus.

En matière d'employabilité des seniors, notre pays est le dernier de la classe européenne. Les constats ont été dressés, et les propositions mises sur la table. Leur proposer une solution dans les entreprises est déjà très difficile. Si de surcroît ils souffrent, en raison des conditions de travail dans lesquelles s'est déroulée leur vie professionnelle, de maladies professionnelles chroniques, les futurs employeurs sont pénalisés. Il ne s'agit pas d'exonérer les employeurs de cotisations sociales, mais de ne pas surenchérir le coût du travail.

M. le rapporteur général. Cher collègue, votre amendement pose plusieurs problèmes, au premier rang desquels le risque de diminuer l'attention des entreprises employant des travailleurs expérimentés aux maladies professionnelles et aux

accidents du travail. Certes, ceux-ci peuvent subir davantage d'accidents de travail que les autres actifs, mais il incombe aux entreprises d'adapter leurs méthodes de travail à cette catégorie particulière de travailleurs.

Je vous renvoie aux travaux de nos collègues Valérie Six, Didier Martin et Stéphane Viry au sujet de l'emploi des travailleurs expérimentés, dont les conclusions ont été présentées devant notre commission il y a un mois. Afin de diminuer les risques d'usure et de désinsertion professionnelle, le compte professionnel de prévention pourrait être généralisé aux fonctionnaires et aux salariés des régimes spéciaux. Par ailleurs, l'entretien de mi-carrière, prévu par la loi du 2 août 2021, permet d'identifier les risques auxquels peuvent être exposés, dans la seconde partie de leur carrière, les travailleurs expérimentés.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS643 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Le Gouvernement n'a pas cessé, pendant ce quinquennat, d'encourager les formes de travail dites atypiques, ce qui a abouti à la constitution de fait d'un précarariat massif – ordonnances travail, sanctification de la prétendue indépendance des travailleurs des plateformes, durcissement de l'indemnisation du chômage. Par cet amendement, nous souhaitons décourager l'embauche en intérim pour refaire du contrat à durée indéterminée le contrat de base et permettre au plus grand nombre d'accéder à un contrat de travail stable et pérenne. Nous voulons faire en sorte que le taux de recours à l'intérim soit un vecteur de fluctuation des cotisations patronales à la branche AT-MP. L'objectif est de renforcer la sécurité sanitaire des intérimaires et d'éviter que leur embauche ne constitue une aubaine en matière de gestion des risques.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Chapitre II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13

Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu

La commission adopte l'article 13 non modifié.

Après l'article 13

Amendement AS1097 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. En 2021, le Printemps social de l'évaluation a permis d'identifier plusieurs dysfonctionnements ayant lourdement affecté les artistes-auteurs lors du transfert du recouvrement des cotisations de l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs d'œuvres cinématographiques, musicales, photographiques, télévisuelles et littéraires et de la Maison des artistes au réseau de recouvrement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Souvent, les artistes-auteurs ne bénéficient que très tardivement du remboursement des cotisations versées indûment. Ces retards dans le remboursement du trop-perçu entraînent une charge de trésorerie injustifiée pour les cotisants. L'URSSAF chargé des artistes-auteurs a récemment accompli des progrès. Le présent amendement vise à prévoir un délai de quatre mois, applicable à compter de la demande du cotisant, pour le remboursement du trop-perçu.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1096 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Il s'agit également de donner suite aux travaux que j'ai menés sur les cotisations des artistes-auteurs dans le cadre du dernier Printemps social de l'évaluation.

L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a engagé une première modernisation du recouvrement des cotisations des artistes-auteurs en permettant la mise en place, au plus tard au 1^{er} janvier 2019, d'un système de précompte en vertu duquel les diffuseurs versent directement les contributions et les cotisations aux organismes de recouvrement. Ce système peut être amélioré. Les personnes auditionnées à ce sujet ont fait part de la nécessité de mener à son terme la réforme, en limitant autant que possible la redondance des démarches engagées par les artistes-auteurs. La remise automatique du précompte éviterait à l'artiste-auteur d'en faire la demande auprès des diffuseurs, ce qui bloque parfois leur capacité déclarative. Cette remise automatique, telle que la prévoit le présent amendement, entrerait en vigueur au 1^{er} janvier 2023, afin de permettre aux URSSAF de s'adapter.

La commission adopte l'amendement.

Article 14

Réforme du régime social du conjoint collaborateur

Amendements AS85 de M. Stéphane Viry et AS571 de M. Thibault Bazin (discussion commune).

M. Stéphane Viry. S'agissant de la réforme du régime social du conjoint collaborateur, entré en vigueur en 2005, nous proposons d'aller plus loin que le présent projet de loi. L'article 14 dispose que nul ne peut conserver le statut de conjoint collaborateur pendant une durée supérieure à cinq ans. Nous proposons d'insérer une exception permettant à celles et ceux qui le souhaitent de le conserver

en cotisant soit à hauteur d'une assiette forfaitaire du tiers du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit à hauteur de la moitié du revenu du chef d'entreprise s'il est supérieur au tiers du PASS.

Cette possibilité peut intéresser, par exemple, un conjoint collaborateur qui, tout en exerçant une activité professionnelle régulière avec son conjoint, bénéficie d'un statut distinct dans une autre entreprise auquel il ne souhaite pas renoncer. Par ailleurs, cette souplesse permettrait de satisfaire le besoin de protection sociale d'une population d'assurés très majoritairement féminine, et d'éviter de compliquer des procédures administratives parfois lourdes pour les travailleurs indépendants. L'amendement ne modifie pas la maquette de l'article 14. Au contraire, il lui donne, me semble-t-il, une autre profondeur et une envergure supplémentaire.

M. le rapporteur général. Monsieur Viry, je fais de votre amendement et de celui de M. Bazin une lecture distincte de la vôtre. Ils me semblent contraires à l'esprit même de l'article 14.

À l'heure actuelle, les conjoints collaborateurs, qui sont très majoritairement des femmes, dans le secteur indépendant comme dans le secteur agricole, cotisent sur la base d'assiettes forfaitaires ou proportionnelles qui ne leur permettent pas d'ouvrir suffisamment de droits, notamment au moment de la liquidation de leurs droits à la retraite. L'article 14 vise donc à limiter à cinq ans la durée du statut de conjoint collaborateur, notamment pour les petites entreprises qui démarrent ou les personnes qui en bénéficient à l'heure actuelle, avant qu'elles ne basculent dans un régime plus protecteur de leurs droits, reposant sur le statut de conjoint associé et plus généralement sur celui de conjoint salarié. Votre amendement vise à maintenir tel quel le statut de conjoint collaborateur, avec des assiettes inchangées, au risque d'enfermer certaines personnes dans des statuts insuffisamment protecteurs à long terme.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous craignez que nous n'enfermions les personnes dans leur situation, alors même que nous voulons leur ouvrir des possibilités. Il existe des femmes qui ne veulent renoncer ni au statut de conjoint collaborateur ni à celui dont elles bénéficient dans une autre entreprise que celle de leur époux. Il faut entendre le choix de ces femmes, qui veulent les deux statuts en même temps, et cotiser à l'avenant. L'article 14, qui vise à sécuriser les parcours professionnels des travailleurs indépendants, va globalement dans le bon sens, mais il faut tenir compte du parcours de celles qui choisissent de conserver deux statuts, et cotisent.

M. Stéphane Viry. L'article 14 introduit un plafond, pour ne pas dire un blocage, alors même que la majorité et le Gouvernement cherchent à promouvoir le travail indépendant, dont l'existence de conjoints collaborateurs est un effet collatéral. Il faut aller au-delà d'une limitation de ce statut à cinq ans. Comme l'a dit Thibault Bazin, nous ne cherchons pas à enfermer les gens dans leur situation, mais à leur offrir plusieurs possibilités et à leur laisser le choix. Monsieur le rapporteur

général, votre vision des choses me semble restrictive à l'aune de l'ambition de la majorité en matière de travail indépendant. Je ne saisis pas l'argument technique motivant le rejet de nos amendements.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur général, je ne comprends pas pourquoi le texte limite à cinq ans la durée du statut de conjoint collaborateur. Dans la vraie vie, les conjoints collaborateurs sont souvent soit l'épouse soit le mari de quelqu'un exerçant une profession indépendante, par exemple un médecin ou un dentiste. Pourquoi cesseraient-ils de l'être au bout de cinq ans ? Pour cause de séparation ? Dans la vraie vie, l'époux ou l'épouse souhaite souvent continuer à travailler sous ce statut pour toute la durée d'existence du cabinet professionnel. Pourquoi les obliger à changer de statut au bout de cinq ans ?

Mme Annie Vidal. En obligeant les conjoints collaborateurs à opter, au bout de cinq ans, pour le statut de conjoint salarié ou pour celui de conjoint associé, nous cherchons à éviter qu'ils ne tombent dans la dépendance pérenne du conjoint chef d'entreprise. Le statut de conjoint salarié, qui offre davantage de droits, est plus protecteur.

La commission rejette successivement les amendements.

La commission adopte l'article 14 non modifié.

Chapitre III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15

Modification du droit de communication pour optimiser les investigations

La commission adopte l'article 15 non modifié.

Après l'article 15

Amendement AS646 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Depuis le début de la législature, les membres du groupe La France insoumise s'attachent à démontrer que, en matière de lutte contre la fraude, le volontarisme affiché du Gouvernement devrait se concentrer sur la fraude aux cotisations sociales patronales. Or le Gouvernement a fait le choix de se concentrer sur la fraude aux allocations chômage, alors même que, d'après Pôle emploi, 0,4 % seulement des demandeurs d'emploi s'y adonnent, pour un coût d'environ 60 millions d'euros. Celui de la fraude patronale aux cotisations sociales, quant à lui, dépasse chaque année 20 milliards d'euros et peut atteindre, d'après certaines estimations, 25 milliards d'euros.

En février 2020, la Cour des comptes a relevé le laxisme des pouvoirs publics dans la lutte contre la fraude aux cotisations patronales. La nature et le montant des sanctions en vigueur ne permettent pas de la combattre efficacement. Les auteurs du présent amendement proposent donc de renforcer les sanctions applicables aux patrons délinquants, afin de les rendre réellement dissuasives.

M. le rapporteur général. Notre majorité, comme d'autres avant elle, est pleinement engagée dans la lutte contre la fraude. Nous avons maintenu et accéléré le travail de lutte contre la fraude, tant sociale que fiscale. Au demeurant, il s'agit d'un objectif à valeur constitutionnelle. S'agissant de la fraude sociale, notre majorité combat la fraude aux prestations sociales et celle aux cotisations sociales. En 2019, 725 millions d'euros de fraude aux cotisations sociales et 703 millions d'euros de fraude aux prestations sociales ont été détectés.

Monsieur Ratenon, vous proposez d'augmenter les sanctions en cas de récidive. Je ne suis pas convaincu que cela dissuadera les fraudeurs de récidiver. Par ailleurs, il ne me semble pas opportun d'avancer des généralités. Il faut donner davantage de moyens aux enquêteurs pour lutter contre les fraudes, qui sont de plus en plus complexes et difficiles à détecter. Nous avons installé l'an dernier la mission interministérielle de coordination anti-fraude, chargée de coordonner les actions anti-fraude et d'animer des groupes opérationnels travaillant sur des questions transversales. Cette évolution permettra de donner une nouvelle impulsion à la lutte contre la fraude.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16

Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

Amendement AS167 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'allègement de la fiscalité des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, lesquels contribuent très largement, par essence, à la maîtrise des dépenses de santé, est une urgence. Il faut les exclure de la clause de sauvegarde. Les conséquences financières de cette contribution sont alarmantes. D'après les prévisions pour l'année 2021, les laboratoires exploitant ces médicaments devront s'acquitter d'un montant historique, ce qui met en péril l'offre multi-source ayant permis de traverser la crise de la covid.

Ce niveau de taxation, dont le poids s'ajoute à celui des autres contributions, menace grandement la pérennité de l'approvisionnement en médicaments matures.

Près de 70 % des médicaments commercialisés par les laboratoires de médicaments génériques sont des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. La mobilisation de cette offre multi-source a permis, pendant la pandémie, de répondre aux besoins. Les médicaments à bas prix, puis les médicaments génériques, ont toujours été exonérés de la clause de sauvegarde, conçue dès l'origine comme un dispositif de régulation financière destiné à peser sur les médicaments les plus coûteux pour l'assurance maladie et provoquant la croissance des dépenses de santé.

Leur exemption de la clause de sauvegarde constitue une urgence économique, fiscale et industrielle pour les laboratoires qui commercialisent des médicaments matures. Il convient d'y répondre pour préserver notre sécurité sanitaire.

M. le rapporteur général. La clause de sauvegarde a vocation à reproduire fidèlement la dépense remboursable de médicaments, ce qui explique que les remises sont exclues de son calcul. Retirer de son assiette les médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, en exonérant certaines entreprises plutôt que d'autres, sans tenir compte de leur poids dans la dépense de médicaments, l'amoinerait considérablement et la fragiliserait sur le plan juridique. La clause demeure un outil incitatif pour la négociation des prix.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS738 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

La commission adopte l'article 16 non modifié.

Après l'article 16

Amendement AS1072 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Certains grossistes-répartiteurs concentrent leur activité, très lucrative, sur la vente directe d'un petit nombre de références à forte marge et sur l'export. Les sanctions financières, malheureusement, ne les empêchent pas de récidiver. L'amendement vise à instaurer une amende pouvant atteindre 4 % du chiffre d'affaires mondial, afin de dissuader toute récidive en matière de manquement à leurs obligations d'intérêt général.

M. le rapporteur général. Chère collègue, cet amendement est issu du rapport de la mission d'information sur les médicaments, travail pour lequel j'ai déjà eu l'occasion de vous féliciter. Sur le fond, j'y suis favorable. Toutefois, je nourris une réserve sur le quantum de la sanction proposée. Après une première étude de cet

amendement, le taux de 4 % du chiffre d'affaires mondial constitue un barème trop élevé, et court comme tel un risque d'inconstitutionnalité. Je suggère le retrait de l'amendement en vue de le retravailler ensemble d'ici l'examen du texte en séance publique, afin qu'il soit adopté.

Mme Audrey Dufeu. Heureusement, vous n'avez pas pris connaissance de la première version de l'amendement, qui prévoyait un taux supérieur à 4 % ! Je retire l'amendement en vue de le retravailler. J'ajoute que le produit de cette nouvelle amende serait versé à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). J'ai bon espoir qu'il sera adopté, quel que soit le taux retenu. Il importe de dénoncer, fût-ce symboliquement, cet état de fait de manquement à la règle.

L'amendement est retiré.

Amendement AS996 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Comme le précédent, l'amendement s'inspire de l'une des recommandations de la mission d'information sur les médicaments.

Le code de la sécurité sociale prévoit que les entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires est égal ou supérieur à 15 millions d'euros sont redevables d'une contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, visant à faire participer les industriels à l'objectif de maîtrise des dépenses de médicaments.

Cette contribution a des effets négatifs sur les PME. En raison de son mode de calcul, elle exerce une pression plus forte sur elles que sur les grandes entreprises. À dépenses de promotion égales, les PME sont imposées plus fortement en raison d'un chiffre d'affaires moins élevé. Par ailleurs, cette contribution a un effet désincitatif sur l'innovation, car le lancement d'un produit innovant augmente les coûts de promotion.

Sans viser à la suppression de cette taxe, qui est légitime, l'amendement a pour objet de réformer son mode de calcul, sans perte de recettes, afin que la contribution soit proportionnelle aux dépenses de rémunération des personnels chargés de la promotion des médicaments. Ainsi, elle pénaliserait bien moins les PME et serait plus juste. L'amendement conserve les abattements et les exonérations accordés au titre des médicaments orphelins et des médicaments génériques ainsi qu'aux TPE.

M. le rapporteur général. L'amendement supprime la contribution en vigueur et la remplace par une contribution assise sur les rémunérations des personnels chargés de la promotion des médicaments. L'assiette serait considérablement réduite, ce qui n'est pas souhaitable compte tenu de la diversité des formes que peut prendre la promotion des médicaments. Pourquoi certaines d'entre elles, pourtant fréquentes, seraient-elles complètement exclues de cette contribution, au détriment des seules rémunérations ?

Par ailleurs, l'amendement conserve le seuil d'abattement de 2,5 millions d'euros, ce qui semble indiquer qu'il a une certaine vertu pour distinguer les petites structures des plus grandes. Je ne suis pas certain que le changement proposé, qui consiste à retirer du calcul de la contribution les frais de repas, de transport, d'hébergement, de publication ou d'achats publicitaires et de congrès, favorise particulièrement les PME. En tout état de cause, il gagnerait à faire l'objet d'une concertation détaillée et à être documenté d'une analyse de son impact financier la plus précise possible. Un débat à ce sujet en séance publique, en présence du Gouvernement, contribuerait à éclairer davantage notre commission.

Je suggère donc le retrait de l'amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Les PME sont très demandeuses d'une correction de cette surpénalisation. Je donnerai des chiffres démontrant que l'amendement ne modifie pas globalement la redevance, mais en rend la répartition plus juste. Je retire l'amendement.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur général, j'appelle votre attention sur le message que nous envoyons à l'industrie du médicament. Je suis parfaitement conscient qu'on ne fait jamais pleurer dans les chaumières en parlant de la situation des laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, les difficultés d'approvisionnement en médicaments que la France a rencontrées lors de la crise sanitaire ont posé avec acuité la question de sa souveraineté en la matière. Le Président de la République a tenu des propos sans équivoque à ce sujet devant le monde de l'industrie du médicament, dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS).

Il me semble que ces débats sur le renforcement des sanctions financières et sur l'exclusion de la clause de sauvegarde des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, que vous avez repoussée, alors même qu'ils contribuent de façon significative aux économies et à la maîtrise des dépenses de santé, envoient de très mauvais signaux à l'industrie du médicament. Si nous voulons que, demain, des entreprises du médicament acceptent de revenir produire en France, d'y faire autoriser leurs molécules et fixer leurs tarifs, nous devons être bien plus vigilants que nous le sommes. Taper sur les labos en permanence fait plaisir à beaucoup de gens, parfois à juste raison. En l'espèce, il me semble que ce discours devient dangereux, et que le message que nous envoyons à l'industrie du médicament risque d'être très contreproductif, à terme, pour notre souveraineté d'approvisionnement.

M. Julien Borowczyk. Je m'inscris en faux contre ce qui vient d'être dit. Les récentes annonces présidentielles prouvent qu'une véritable volonté d'innovation nous anime s'agissant des laboratoires producteurs de médicaments et de dispositifs médicaux. Nous avons profondément la volonté d'inverser le rapport de force.

Il ne s'agit pas de savoir si nous les taxons ou non, mais de savoir dès le début si une molécule est intéressante, si nous pourrions l'accompagner du point de vue

administratif, en déterminer l'intérêt et en fixer le prix. De surcroît, être d'emblée associés à l'Agence de l'innovation en santé, dont la création est imminente, est une attente des fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux. Il s'agit de les accompagner dès le début, en s'inscrivant non dans un rapport de force, mais dans une véritable volonté de travailler ensemble, au profit de notre souveraineté de surcroît. Nous ne nous inscrivons pas dans la perspective d'un laboratoire machine. Nous voulons faire venir les laboratoires en France pour qu'ils y travaillent et y investissent.

M. Philippe Vigier. Je souscris aux propos de M. Grelier. Les LFSS adoptées au cours des quinze dernières années montrent que nous nous sommes acharnés sur les laboratoires pharmaceutiques. Nul ne peut dire le contraire.

L'effort que nous consentons ne doit pas être limité aux médicaments innovants, à l'heure où nous déplorons 2 500 ruptures de stock par an, contre 200 il y a dix ans. Je ne conteste pas la nécessité de placer les laboratoires devant leurs responsabilités, mais la seule question qui mérite d'être traitée est celle du *sourcing* : sommes-nous capables de produire chez nous ? Au demeurant, le Président de la République ne s'y est pas trompé, si j'ai bien lu le compte rendu de ce qu'il a dit hier. J'étais à ses côtés lorsque Pfizer a ouvert une usine de production de vaccins dans mon département. Je n'ai pas oublié les propos qu'il a tenus ce jour-là : il est essentiel que nous ayons, en France et en Europe, une capacité de production. Soyons prudents !

M. le rapporteur général. Ce PLFSS est un excellent message adressé aux laboratoires : il grave dans le marbre de la loi les annonces et les promesses présidentielles détaillées dans le cadre du CSIS et les laboratoires ont salué certaines de ses dispositions très favorables. Je suis d'accord avec vous, monsieur Grelier : il est très facile de critiquer les laboratoires, mais nous étions bien heureux qu'ils produisent, dans des délais qui semblaient impossibles à tenir, un vaccin contre un virus encore inconnu il y a peu de temps. Je salue le retrait de l'amendement, en invitant chacun à la vigilance pour maintenir l'équilibre du texte.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS305 de M. Bernard Perrut, AS570 de M. Thibault Bazin et AS997 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Bernard Perrut. Certains médicaments dérivés du sang font partie des spécialités exclues de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires versée par les entreprises pharmaceutiques au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Cette spécificité est justifiée par les difficultés d'approvisionnement du marché français et les risques de pénurie en médicaments dérivés du sang, que la crise sanitaire de la covid-19 a renforcés, à tel point que la situation est devenue intenable pour les patients et pour les professionnels qui les accompagnent.

Les produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché selon la procédure centralisée européenne ne sont pas concernés. En conséquence, une grande partie des médicaments dérivés du sang disponibles sur le marché français est

assujettie à cette contribution de façon discriminatoire, alors même qu'ils sont tout aussi essentiels à la couverture des besoins des patients que les médicaments exonérés. Le présent amendement vise à exonérer l'ensemble des médicaments dérivés du sang, afin de renforcer l'attractivité du marché français et de favoriser l'accès aux soins.

M. Jean-Louis Touraine. Le recueil de plasma en France est insuffisant, et la production de ses dérivés largement déficitaire, ce qui nous oblige à nous fournir sur les marchés étrangers, auprès de pays où l'obtention du sang n'est pas toujours soumise aux conditions éthiques en vigueur en France. Il s'agit de donneurs rétribués, dont le sang est prélevé dans des conditions différentes de celles qu'imposent nos règles aux industriels français.

Il faut corriger cette absence d'équité entre les médicaments dérivés du sang bénéficiant de l'exonération précitée et les autres. Le sang et ses dérivés sont essentiels pour notre pays. Les quantités disponibles sont insuffisantes, comme le montre l'exemple des immunoglobulines. Il nous semble souhaitable et même nécessaire que l'exonération porte sur la totalité des produits concernés et pas seulement sur une partie d'entre eux.

M. le rapporteur général. Nous avons régulièrement ce débat et mes arguments ne varient pas.

Il importe de maintenir la spécificité française en matière d'éthique. En supprimant toute condition relative au respect du cadre éthique fixé par la France, nous affaiblirions notre propre filière au profit d'autres pays et d'autres pratiques. Par ailleurs, la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques a vocation à s'appliquer à tous les produits, à de rares exceptions près. Élargir toujours plus le cercle des exceptions affaiblit le principe.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, nous souffrons d'une pénurie de médicaments dérivés du sang. En outre, nos entreprises sont pénalisées par la contribution sur le chiffre d'affaires. Nous proposons de les rendre plus compétitives face à leurs concurrents étrangers, auprès desquels nous sommes contraints de nous fournir à des prix élevés. Je ne comprends pas votre argumentaire. J'espère que les nuits à venir vous porteront conseil, et que vous réviserez votre avis d'ici l'examen du texte en séance publique.

La commission rejette les amendements.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17

Transferts financiers pour 2022

Amendement de suppression AS694 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous appelons à nouveau l'attention du Gouvernement sur la taxe sur les salaires versée par les hôpitaux publics. En 2018, la Cour des comptes estimait que son recouvrement était peu performant et qu'elle présentait une circularité importante. Elle proposait d'explorer une piste de simplification consistant à exclure de son champ les établissements publics nationaux sans activité lucrative et les organismes de sécurité sociale.

Chaque année, les hôpitaux versent 4 milliards d'euros au titre de cette taxe, ce qui est beaucoup trop lourd dans le contexte « austéritaire » entretenu par le Gouvernement depuis le début du quinquennat. Pour ne pas fragiliser le budget de la sécurité sociale – argument que vous m'opposez chaque année, monsieur le rapporteur général –, déjà asphyxié par les baisses de recettes provoquées par des années d'austérité forcenée, la suppression de cette taxe devra être compensée à l'euro près par l'État. Par cet amendement, nous appelons le Gouvernement à envisager une nouvelle recette destinée à remplacer la taxe sur les salaires.

M. le rapporteur général. Nous avons eu ce débat lors de l'examen de l'article 11. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Nous avons appris ce midi qu'une épidémie de bronchiolite arrive. Tous les services de pédiatrie nous alertent sur le manque de lits et de personnels pour accueillir les nourrissons. Ce n'est pas rien ! Je disais ce matin que nous allons dans le mur, on y est ! La suppression de la taxe sur les salaires permettrait d'ouvrir des lits et de recevoir les patients autant que nécessaire. Je vous invite à réviser votre avis.

M. le rapporteur général. Sans donner un avis favorable à la suppression d'un article de tuyauterie obligatoire dans un PLFSS, je saisis l'occasion que vous m'offrez pour rappeler l'importance des gestes barrières, au premier rang desquels le port du masque. Ils sont la meilleure prévention possible contre les maladies infectieuses. Si le nombre de cas de bronchiolites a été plus bas que d'habitude l'année dernière, ce n'est pas par hasard. J'invite les membres de la commission et les Français qui nous regardent à maintenir cette vigilance, face au SARS-CoV-2 comme aux autres virus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS800 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement propose de revenir sur la ponction effectuée sur la branche famille par ce PLFSS, avec notamment le transfert de 0,44 point de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche autonomie.

Cela crée une forme désagréable de tuyauterie, même si je reconnais que cela a déjà été fait dans le passé. Les effets de ce type de mesure nuisent au suivi du financement des différentes branches. Nous nous opposons à ce tour de passe-passe qui témoigne d'une défiance envers les familles et fragilise la politique familiale.

Rappelons que la natalité a baissé. L'indicateur de fécondité est passé sous le seuil de deux enfants par femme, alors que la France était jusqu'à présent championne d'Europe dans ce domaine. Le phénomène est grave puisque cela représente 100 000 naissances de moins par an.

M. le rapporteur général. Le Gouvernement a proposé ce transfert pour deux raisons.

La première, c'est la nature des prestations financées. S'il était plus simple, dans l'urgence, de confier le financement des indemnités journalières (IJ) dérogatoires à la branche qui les finance habituellement, il est difficile de contester que la garde d'enfants est une politique relevant davantage de la branche famille que de la branche maladie. D'ailleurs, bien souvent, personne n'est malade mais il faut faire face à une fermeture de classe. Ces gardes d'enfants par les parents en IJ se sont traduites par des économies pour la branche famille, qui n'a pas eu à financer des assistantes maternelles ou des crèches.

On aurait pu passer outre cette discordance avec les missions respectives des branches si leur situation financière avait été équivalente. Tel n'est pas du tout le cas en 2022, et c'est la seconde raison qui justifie la mesure proposée. La branche maladie reste très marquée par le coût de la crise sanitaire, alors que la branche famille a déjà renoué avec les excédents. Il ne serait pas logique de laisser les choses en l'état et de ne pas faire jouer la solidarité entre branches. Je précise par ailleurs que le transfert n'est pas pérenne : l'article prévoit que la branche famille retrouvera ses recettes habituelles dès 2023.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Le dispositif des IJ dérogatoires a été mis en place en 2020 et devait normalement s'éteindre au 30 septembre 2021. Dès lors, pourquoi prévoir un tel transfert de recettes en 2022, alors que le fait générateur de cette importante dépense aura disparu ?

Si l'Union nationale des associations familiales s'est abstenue sur cette mesure lors des votes des conseils d'administration de la sécurité sociale sur le PLFSS, elle n'est pas du tout favorable à ce transfert de recettes entre branches.

M. le rapporteur général. Il y a en effet un décalage d'un an entre les dépenses réalisées et le transfert de recettes destiné à les compenser. Mais je le répète : cette mesure est transitoire et justifiée.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 17 non modifié.

Article 18

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

Amendement AS630 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous proposons que les conséquences sociales et sanitaires des exonérations de cotisations sociales soient expliquées de manière pédagogique sur les bulletins de salaires.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Il est important que chacun sache à quoi correspondent ces différentes exonérations de cotisations sociales.

Vous ne cessez de dire que ces exonérations ont permis d'augmenter les salaires nets ; mais il faut que les gens voient sur leur fiche de paie les sommes qu'ils ne paient plus et les services qui ne sont plus financés de ce fait. Disposer d'une telle information est essentiel.

Avoir connaissance des annexes 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8 au PLFSS l'est également pour nos débats. Savez-vous quand nous pourrions les obtenir, monsieur le rapporteur général ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS647 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

La commission adopte l'article 18 non modifié.

Après l'article 18

Amendement AS649 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement reprend la proposition du groupe de la Gauche démocrate et républicaine consistant à compenser toute nouvelle

exonération de cotisation sociale par la suppression d'une autre exonération équivalente, de manière à ne pas affaiblir la sécurité sociale.

Une grande partie des amendements en la matière est jugée irrecevable en vertu de l'article 40 de la Constitution. Aucun gage n'est possible et le parlementaire est obligé de passer par des voies détournées – telles que des demandes de rapport ou des expérimentations – s'il ne veut pas renoncer à sa proposition. Ce souci de l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale disparaît étonnamment lorsqu'il s'agit de faire disparaître des recettes puisque sont jugés recevables les amendements aggravant la situation financière de la sécurité sociale par des exonérations de cotisations sociales.

M. le rapporteur général. Je vous invite à soutenir la proposition de loi organique relative aux LFSS, dont je suis l'auteur. Elle propose une limitation à trois ans de la durée des exonérations sociales qui sont votées en dehors d'une LFSS et un renforcement de l'évaluation de ces mesures dans l'annexe 5. Les modifications relatives au calendrier des lois de financement permettront également un examen parlementaire dans de meilleures conditions.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 19

Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022

Amendement de suppression AS583 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Par-delà les questions de tuyauterie financière, je voudrais soumettre quelques chiffres à votre réflexion. Depuis 2014, la France enregistre 100 000 naissances de moins chaque année, ce qui équivaut à 3 840 classes de maternelle ! Ce déclin démographique est dû aux coups de rabot budgétaire sur la politique familiale. L'indicateur de fécondité a chuté à 1,8 enfant par femme, sans lien avec le désir d'enfant, qui est de 2,32 enfants par femme.

Or vous envisagez de prélever 1,7 milliard d'euros à la branche famille, notamment pour combler le déficit de la branche vieillesse. On peut aussi s'interroger sur les 440 millions d'euros qui sont orientés vers la branche autonomie. L'accueil dans des établissements spécialisés, notamment belges, représente un coût, mais est-ce à la branche famille de le supporter ? Cette somme de 1,7 milliard d'euros devrait au contraire servir à rétablir une politique familiale digne de ce nom.

M. le rapporteur général. Je rappelle que la France reste le premier pays d'Europe s'agissant de la natalité.

Le transfert de recettes issues de la taxe sur les salaires représente 1 milliard d'euros, non pas 1,7 milliard d'euros. En outre, ce transfert est prévu au profit de la branche maladie, pas de la branche vieillesse.

Avis défavorable.

M. Boris Vallaud. La baisse de la natalité est aussi liée à l'évolution des cohortes de femmes en âge de procréer, monsieur Bazin. Il faudrait donc se reporter aux années de naissance de ces dernières pour évaluer précisément les conséquences des mesures prises en matière de politique familiale.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS683 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 19 non modifié.

Article 20

Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022

Amendement AS631 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet amendement propose de créer une cotisation spécifique sur les revenus dépassant 5 PASS afin de contribuer au financement de la sécurité sociale.

L'État organise la faillite de la sécurité sociale en réduisant l'ensemble des cotisations qui la financent. Il est fondamental de permettre un financement pérenne en supprimant l'ensemble des exonérations de cotisations qui ont des visées incitatives. Si l'État souhaite inciter les entreprises à être vertueuses, ne dispose-t-il pas de son propre budget ?

De nombreux leviers existent pour permettre à la sécurité sociale de retrouver une bonne santé, sans contraindre les budgets des établissements publics.

M. le rapporteur général. J'ignore ce que signifie « soutenir la dette sociale ». Si vous entendez par là financer notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), cette proposition n'est pas conforme à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Celui-ci exige que le remboursement de cette dette pèse sur une assiette large et proscrit la progressivité des cotisations sociales, en raison de leur nature même.

En outre, j'avais cru comprendre que vous étiez contre le remboursement de la dette sociale, puisque je me souviens parfaitement que vous vous êtes opposé à son transfert à la CADES l'année dernière.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 20 non modifié.

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Amendement AS727 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Les Français sont en droit de savoir à quels créanciers et à quelles opérations profite la dette sociale, et comment sont utilisés leurs impôts. C'est pourquoi nous demandons un rapport au Gouvernement, en prévision d'un audit citoyen sur la gestion de la dette sociale par la CADES. Cette demande a pour but d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des LFSS.

L'amendement trouve son origine dans un rapport de l'Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne du 16 septembre 2017, qui montrait que la CADES était autorisée à spéculer sur les taux de change, les monnaies et les marchés à terme.

M. le rapporteur général. Ce rapport d'audit sur la CADES est inutilement suspicieux. Le président de la CADES est auditionné chaque année dans le cadre de l'examen du PLFSS et se prête aux exercices de transparence que le Parlement lui demande. Libre à vous de lui poser toutes les questions que vous voulez ! Les comptes de la CADES sont présentés en détail sur son site, dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale et dans l'annexe 8 du PLFSS.

Il est exact que la Caisse emprunte sur les marchés internationaux, mais c'est tout simplement pour bénéficier des meilleures conditions de financement, dans l'intérêt des assurés sociaux. Elle ne s'en cache d'ailleurs pas et son président a présenté les modalités de l'emprunt le plus récent lors de sa dernière audition.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 21 non modifié.

Article 22

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

La commission adopte l'article 22 non modifié.

Article 23

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS663 de Mme Caroline Fiat.

Amendement AS632 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous condamnons le sous financement de la branche autonomie et sa dépendance à la contribution sociale généralisée (CSG).

L'annexe B précise les recettes et dépenses du régime général branche par branche d'ici à 2025. Deux éléments sont à relever en ce qui concerne la branche autonomie, nouvellement créée à partir de fonds déjà existants. D'une part, elle concentre la quasi-totalité des recettes de CSG, l'un des impôts qui réduit le moins les inégalités. D'autre part, cette branche est sous-financée, avec des recettes qui s'élèvent à 31,8 milliards d'euros.

En choisissant de ne pas augmenter les moyens destinés aux personnes en perte d'autonomie, le Gouvernement se rend complice d'une offre publique indigente. Cela fait la part belle au secteur privé, avec toutes les inégalités qui en découlent.

Cet amendement d'appel permet de dénoncer ces manœuvres.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 23 non modifié.

Elle adopte ensuite la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 modifiée.

QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er}
Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24

Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

Amendement AS908 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet article particulièrement intéressant intègre la télésurveillance dans le droit commun, alors qu'il s'agissait jusqu'à présent d'un dispositif expérimental.

C'est le moment de préciser les termes, car mal nommer les choses peut ajouter du malheur à cet article, qui est très positif. L'amendement propose donc de remplacer les termes « télésurveillance médicale » par ceux de « télésuivi médical ». Lors de plusieurs tables rondes récentes, l'ensemble des acteurs – professionnels et patients – ont estimé que le mot « télésurveillance » n'était pas adapté, la notion de surveillance étant impropre et pouvant avoir un effet de repoussoir. Il s'agit en fait de mieux accompagner les patients, ce qui correspond au terme « télésuivi », plus positif.

M. le rapporteur général. Avis défavorable car la notion de télésurveillance repose sur une définition juridique, contrairement à celle de télésuivi. Elle fait partie des cinq catégories d'actes composant la télémédecine.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est dommage. Il me semble que ce n'est que la première fois que le terme « télésurveillance » apparaît dans le code de la santé publique. Il est regrettable de mal nommer les choses : de ce fait, cette mesure importante pourrait avoir moins de succès.

M. le rapporteur général. « Surveillance » est un beau terme médical. Celui de « télésurveillance » peut être mal interprété, mais il ne présente pas de difficulté majeure. La télésurveillance est définie à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, alors que le télésuivi n'a pas de définition juridique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je maintiens l'amendement pour sensibiliser la commission. Je travaillerai à nouveau sur cette question pour déposer un amendement en séance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS168 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à imposer l'interopérabilité sémantique, qui permet un accès à un volet téléchargeable des données structurées. Il faut éviter l'utilisation de fichiers en format PDF car ils empêchent toute exploitation statistique des données, pourtant propice à une meilleure gestion du diabète.

M. le rapporteur général. L'interopérabilité sera en effet essentielle pour le développement de la télésurveillance.

Il reviendra néanmoins aux textes réglementaires de préciser les caractéristiques des référentiels d'interopérabilité en matière de télésurveillance. Je vous propose de demander au ministre, en séance, si l'objectif est bien de prévoir des systèmes interopérables par la sémantique.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS591 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement vise à permettre une évaluation de la pérennisation de l'expérimentation de télésurveillance sur l'ensemble du territoire national, dans un délai de dix-huit mois après l'entrée en vigueur de la loi.

En effet, la fracture numérique qui touche certains territoires, comme celui de la Guadeloupe, risque de créer des inégalités d'accès à ce dispositif censé pallier les conséquences de la désertification médicale. De plus, comme l'indique l'étude d'impact, il y aura un effet conséquent sur la charge de travail des équipes de l'administration centrale responsables de la mise en œuvre du dispositif, de la validation des dossiers, de la mise à jour des référentiels et de la communication associée. Le budget des caisses de sécurité sociale sera lui aussi affecté.

Il apparaît donc important d'informer le Parlement sur l'effectivité et l'efficacité de ce dispositif de télésurveillance.

M. le rapporteur général. Le Parlement pourrait réaliser lui-même cette évaluation, dans le cadre d'un prochain Printemps social de l'évaluation, par exemple. Demande de retrait.

Mme Justine Benin. La fracture numérique est réelle dans les outre-mer. Je fais confiance au rapporteur général lorsqu'il me dit qu'on se saisira de cette question. Je me ferai entendre si ce n'est pas le cas.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 24 non modifié.

Après l'article 24

Amendements identiques AS892 de Mme Isabelle Valentin et AS934 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. Un meilleur encadrement permettra d'apporter la stabilité dont la télémédecine a besoin pour répondre aux attentes des patients et des médecins, conformément aux engagements du Ségur de la santé.

Mme Josiane Corneloup. Le prolongement du remboursement des téléconsultations à 100 % par la sécurité sociale est une bonne chose. Toutefois, il faut encadrer cette mesure si on veut éviter des effets contre-productifs.

Cette téléconsultation est nécessaire en raison du manque de praticiens. Mais téléconsulter directement depuis un smartphone n'offre pas les garanties nécessaires. Ces actes devraient plutôt être réalisés par le biais d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'une officine ou d'une collectivité, afin de s'assurer d'un véritable accompagnement.

M. le rapporteur général. L'encadrement des conditions de réalisation de la téléconsultation ne relève pas du domaine de la loi mais des négociations conventionnelles.

L'avenant n° 9 de la convention médicale, signé cet été, prévoit un certain nombre de dispositions pour mieux encadrer les téléconsultations. Ainsi, la télémédecine ne pourra pas représenter plus de 20 % de l'activité d'un médecin. C'est un point fondamental pour éviter que l'essentiel de ces téléconsultations soient réalisées par des plateformes, sans lien avec l'organisation territoriale du système de santé, que nous défendons tous.

Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. J'avais déposé un amendement sur cet article, qui a été jugé irrecevable au titre de l'article 40 sans que je comprenne pourquoi.

L'excellent avenant n° 9 conclu entre les médecins libéraux et la CNAM a essentiellement pour objet de résoudre les problèmes liés aux téléconsultations.

Intégrer la télémédecine dans le droit commun est une bonne chose. Mais je suis étonné du choix de fixer les tarifs par la voie réglementaire, et non par le biais du système conventionnel. Il est regrettable que les relations conventionnelles entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie soient mises à mal par cette intervention directe de l'État sur les tarifs.

La commission rejette les amendements.

Article 25

Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé

Amendements identiques AS802 de M. Jean-Pierre Door et AS838 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, amendement AS103 de Mme Marine Brenier (discussion commune).

M. Jean-Pierre Door. La réforme du ticket modérateur pour les établissements d'hospitalisation privés est nécessaire. Mais sa mise en œuvre a pris du retard et les tarifs n'ont toujours pas été fixés pour le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) et pour le secteur psychiatrique – ce dernier faisant plus loin l'objet d'un amendement AS803 similaire.

Cette situation empêche des centaines d'établissements de santé privés opérant dans ces deux secteurs d'avoir une visibilité sur leur financement futur, alors que l'application de la réforme doit intervenir dès le 1^{er} janvier 2022. C'est la raison pour laquelle, comme l'a souhaité la Fédération de l'hospitalisation privée, cet amendement vise à maintenir les modalités actuelles de financement du ticket modérateur en 2022.

M. Paul Christophe. Si nous avons soutenu cette réforme justifiée, le calendrier d'application qui est proposé n'est pas soutenable. L'amendement AS838 vise à alerter sur ces difficultés de mise en œuvre. La proposition de report d'un an de l'application de cette réforme mérite donc un examen bienveillant.

Mme Marine Brenier. Il faut répondre à l'inquiétude des fédérations hospitalières. Le décret sur les tarifs n'est pas encore paru, ce qui empêche toute simulation des effets de la réforme du ticket modérateur. Il est essentiel que son application soit reportée d'un an pour les secteurs concernés par ce retard.

Mme Audrey Dufeu, présidente. Je salue à cette occasion l'ensemble des soignants des centres de SSR, qui ont été pleinement mobilisés pendant la crise sanitaire et ont effectué un travail essentiel.

M. le rapporteur général. Je comprends les inquiétudes à propos de l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital, dont nous savons qu'elle entraînera des effets sur les revenus de certains hôpitaux.

Vous souhaitez en décaler l'application une nouvelle fois, alors que ce sujet est en suspens depuis 2004. Nous l'avons déjà fait l'année dernière, afin de permettre le déroulement des travaux techniques nécessaires. L'article prévoit que pour les secteurs médecine-chirurgie-obstétrique, psychiatrie et SSR un coefficient de transition sera mis en place. Il permettra de lisser les effets sur les revenus.

Comme vous le soulignez, il est nécessaire que ces nouvelles règles entrent en vigueur en même temps que les réformes du financement de la psychiatrie et du SSR. Je suis défavorable à un nouveau report de la réforme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS882 de Mme Isabelle Valentin et AS924 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement vise aussi à maintenir en 2022 les modalités actuelles de financement du ticket modérateur, le temps d'appréhender efficacement les nouvelles règles applicables, de manière synchronisée avec la réforme du financement des établissements SSR et de psychiatrie.

La réforme du ticket modérateur doit prendre effet le 1^{er} janvier 2022, mais le projet de décret détaillant ses modalités d'application n'a toujours pas été soumis à la concertation avec les fédérations hospitalières. Il devait pourtant être publié avant l'été 2021.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS98 de Mme Marine Brenier, AS301 de M. Bernard Perrut, AS475 de Mme Valérie Six, AS565 de M. Thibault Bazin, AS803 de M. Jean-Pierre Door et AS836 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Bernard Perrut. Je dirais volontiers qu'il est défendu mais je me permets d'insister sur cet amendement. S'il a été déposé par autant de députés, c'est bien parce que la situation est très complexe. Les acteurs privés n'ont aucune visibilité sur leur financement futur, alors que la date d'application de la réforme est toute proche.

En outre, le dispositif de financement par dotation pour la période transitoire de 2022 n'intègre pas les établissements créés, les nouvelles autorisations délivrées, les extensions et les nouveaux tarifs fixés par les ARS pour la période allant de 2019 à 2022, ce qui concerne plus d'un tiers des établissements de santé privés commerciaux.

Il faut par conséquent maintenir en 2022, de manière transitoire et dérogoire, leurs modalités historiques de financement, en leur laissant le temps d'appréhender efficacement les nouvelles règles.

Mme Valérie Six. La réforme du financement des activités de psychiatrie doit entrer en vigueur dans moins de trois mois. Le secteur n'est pas opposé à toute réforme. Mais une réforme doit être acceptée par les acteurs qui l'appliqueront si l'on veut qu'elle soit efficace.

Or aucun des textes nécessaires à la mise en œuvre de la réforme n'a été publié et les simulations d'impact fournies par le ministère ne sont pas satisfaisantes.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur général, ce n'est pas un problème financier, c'est un problème de méthode.

Il faut donner aux établissements concernés de la lisibilité et du temps, pour qu'ils se préparent sereinement. Ils doivent régler des problèmes de logiciels, d'investissement et de gestion des équipes. Donnons-leur satisfaction en leur accordant quelques mois supplémentaires, jusqu'à la fin de l'année 2022.

M. Paul Christophe. Avec cet amendement AS836, on voit bien qu'il est urgent de rassurer les établissements de psychiatrie et de SSR. Il ne s'agit pas de remettre en question la réforme, bien au contraire. Mais on a besoin de davantage de garanties sur la parution des textes réglementaires qui vont conditionner le fonctionnement de ces établissements.

Il serait bienvenu que des éclaircissements soient apportés sur ce point d'ici à la séance.

M. le rapporteur général. Les derniers éléments relatifs au financement de la psychiatrie ont été publiés en septembre. Nous attendons tous avec impatience cette réforme, qui permettra de sortir les établissements de psychiatrie du carcan financier dans lequel ils sont enfermés, et de mettre enfin en valeur toute l'offre de soins qu'ils proposent. Ils seront désormais financés par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge proposées et la recherche. La dotation populationnelle doit également permettre de résorber les inégalités territoriales, très fortes en ce qui concerne la psychiatrie hospitalière.

Enfin, cette réforme doit permettre d'unifier les modalités de financement des acteurs publics et privés de la psychiatrie. Des entrées en vigueur différées selon les secteurs ôteraient toute cohérence à la réforme. Nous avons déjà repoussé cette réforme d'un an, lors de la précédente LFSS, pour nous donner le temps d'y travailler : il convient maintenant d'y aller.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS476 de Mme Valérie Six, AS566 de M. Thibault Bazin, AS804 de M. Jean-Pierre Door et AS837 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Valérie Six. Il s'agit cette fois de repousser la réforme du financement des SSR, qui doit entrer en vigueur dans moins de trois mois. En l'absence de simulation d'impact et de texte réglementaire d'application, les acteurs du secteur n'ont aucune visibilité quant aux modalités de la réforme et à l'impact de celle-ci sur leur activité.

M. Thibault Bazin. Si nous voulons que les SSR se modernisent et rénovent leurs bâtiments, répondant ainsi aux exigences de qualité et de pertinence qu'on leur assigne, il faut leur donner une lisibilité budgétaire. Or ils sont dans le flou, ce qui les inquiète profondément. Les SSR peuvent être publics mais aussi privés, comme ceux tenus par des associations – la Croix-Rouge tient ainsi des SSR pédiatriques. Il est donc important de les rassurer en prenant le temps nécessaire pour caler la réforme.

M. Jean-Pierre Door. Il convient de reporter de quelques mois l'entrée en vigueur de cette réforme, car les 650 établissements de SSR du secteur privé ont des soucis de lisibilité dans beaucoup de domaines – personnels, investissements, etc. Il faut les soutenir !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Parfois, il faut aller vite, mais parfois il faut laisser un peu de temps : c'est le sens de cet amendement. Il faut que la réforme soit bien assimilée par ceux qui devront l'appliquer.

M. le rapporteur général. La Croix-Rouge, monsieur Bazin, n'est pas concernée par cette réforme.

Je comprends les inquiétudes du secteur privé mais cette réforme est attendue depuis 2016. En 2022, le montant de la dotation de sécurisation sera ajusté en $n + 1$ en fonction de l'atteinte de l'objectif de dépenses SSR et des marges de manœuvre financières restantes. Il s'agit de valoriser les établissements pour qui l'application du nouveau modèle aurait été plus avantageuse que la mise en place de la dotation de sécurisation ; ainsi, l'entrée en vigueur progressive ne les pénalisera pas. Cela concernera beaucoup d'établissements privés. Le système proposé semble être la meilleure manière de s'assurer qu'aucun établissement ne sera perdant au moment de l'entrée en vigueur de la réforme.

L'entrée en vigueur du modèle cible doit être une priorité. En revanche, je ne comprends pas pourquoi vous considérez que les revalorisations salariales des soignants liées au Ségur de la santé ainsi qu'une importante part des recettes ne seraient pas prises en compte : ce n'est pas ce que je comprends du texte, mais nous pourrions demander les précisions nécessaires au Gouvernement en séance.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS62 de M. Stéphane Viry.

Amendements AS699 et AS754 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de deux demandes de rapport, la première portant sur le manque de moyens en psychiatrie, dont la conséquence est une augmentation des procédures d'internement pour péril imminent, la seconde portant sur les dangers de la tarification à l'activité (T2A) en psychiatrie.

M. le rapporteur général. Madame la députée, vous avez déjà commis un excellent rapport sur la situation de la psychiatrie : en quoi un rapport du Gouvernement pourrait-il mieux nous éclairer ?

Par ailleurs, 2,3 % des financements supplémentaires du sous-objectif « Établissements de santé » seront fléchés en faveur de l'offre de soutien psychiatrique et psychologique. Ils seront notamment consacrés à la poursuite du renforcement de la pédopsychiatrie et à la structuration de la recherche et de l'innovation en santé mentale.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Je n'ai pas d'autre solution que de demander un rapport pour pouvoir mettre le sujet sur le tapis.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 25 non modifié.

Après l'article 25

Amendement AS784 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons vous alerter sur les dépassements d'honoraires dans les hôpitaux publics. En 2016, les médecins ayant exercé une activité privée dans les hôpitaux publics ont facturé 70 millions d'euros de dépassement d'honoraires. L'abus est manifeste pour les 7 % de médecins représentant 55 % du total des dépassements d'honoraires. Sept d'entre eux ont même facturé plus de 450 000 euros ! Cette tendance, peu en adéquation avec les exigences du service public, ne disparaît pas et gagne désormais les hôpitaux de proximité. Renforcer la régulation de l'exercice libéral dans les établissements de santé publics est donc nécessaire.

M. le rapporteur général. Parmi les praticiens pouvant exercer en libéral à l'hôpital public, seulement 10 % le font, et moins de la moitié d'entre eux exercent en secteur 2. En tout, ils ne représentent que 7 % de l'ensemble des médecins en secteur 2 : le problème est donc ailleurs.

Le taux moyen de dépassement d'honoraires des praticiens hospitaliers a déjà fortement diminué au cours des dernières années. Notre priorité est avant tout de favoriser l'attractivité des carrières à l'hôpital public, ce que nous avons fait avec le Ségur de la santé.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Nous avons exactement les mêmes chiffres : il nous arrive parfois d'être d'accord ! Cela étant, nous trouvons que 7 %, pour un service public, c'est encore trop.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS668 de M. François Ruffin.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 26

Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-objectif quantifié national et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022

Amendement AS751 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes opposés au forfait patient urgences, une participation forfaitaire à la charge des patients qui passent aux urgences sans être hospitalisés.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS634 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Il s'agit de maintenir la prise en charge complète, sans avance de frais, des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) passant aux urgences. La création d'un forfait unique remplaçant les différents tickets modérateurs existants ne peut avoir pour conséquence un recul du droit aux soins des personnes vulnérables. Cet amendement est proposé par le collectif Inter-LGBT.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait, le forfait patient urgences étant entièrement couvert par la complémentaire santé solidaire pour les plus précaires ainsi que pour les patients bénéficiant de l'AME.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1094 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à appliquer les ajustements relatifs aux différents cas d'exonération du forfait patient urgences dès que celui-ci sera appliqué, afin d'éviter une entrée en vigueur en deux temps. Je propose donc de fixer cette date au 1^{er} janvier 2022.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS541 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. Cet article prolonge d'un an l'expérimentation sur la réforme des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers. Nous proposons de mettre fin à cette expérimentation ; maintenir l'organisation actuelle permettra de préserver le système de transports sanitaires urgents dans les territoires.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS428 de Mme Jeanine Dubié, AS849 de M. Thibault Bazin et AS1024 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Jeanine Dubié. L'article 66 de la LFSS 2012, qui organise l'expérimentation, prévoit des évaluations. Nous proposons qu'elles mesurent aussi l'impact sur le reste à charge des patients.

M. Thibault Bazin. Je saisis cette occasion pour lancer un appel sur les transports bariatriques. La sévérité de l'examen de recevabilité nous a interdit d'examiner les amendements qui proposaient leur prise en charge par l'assurance maladie, pourtant nécessaire : de nombreuses personnes ne peuvent en bénéficier alors qu'elles en ont besoin.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement a très bien été défendu par ma collègue Jeanine Dubié.

M. le rapporteur général. Nous avons adopté l'année dernière, dans la LFSS, une demande de rapport sur les transports bariatriques. Nous l'attendons toujours. J'ai posé la question lors de l'audition de la CNAM et de la DGOS, nous pourrons à nouveau interroger le ministre en séance.

Sur les amendements identiques, je m'en remets à votre sagesse.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 26 modifié.

Article 27

Évolution des activités des hôpitaux des armées

La commission adopte l'article 27 non modifié.

Après l'article 27

Amendement AS345 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement vise à créer un seuil plafond de financement à l'activité à hauteur de 50 % des ressources de chaque établissement de santé, afin de lutter contre les effets inflationnistes de la T2A.

M. le rapporteur général. Depuis que nous sommes arrivés au pouvoir, nous œuvrons pour sortir du « tout T2A » en réformant la tarification des urgences et le financement de la psychiatrie, et en expérimentant de nouveaux modes de financement au forfait – par exemple sur l’insuffisance rénale chronique – et de nouveaux modèles de financement des activités de médecine.

Avis défavorable.

La commission rejette l’amendement.

Amendements AS407 et AS406 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. Le premier amendement vise à inscrire dans la loi la révision obligatoire, tous les trois ans, du coefficient géographique pour l’outre-mer afin d’améliorer le financement de nos établissements de santé, qui sont en grande souffrance. Rappelons que nous avons voté une demande de rapport sur cette question dans la LFSS 2020, et que celui-ci n’est toujours pas paru. Il s’agit d’un amendement d’appel – un appel à l’aide !

Le second amendement vise à tenir compte, pour la répartition des dotations des activités de soins psychiatriques, de l’éloignement des établissements situés dans des zones rurales, de montagne ou en outre-mer.

M. le rapporteur général. Concernant l’amendement AS407, je constate comme vous que le rapport sur les coefficients géographiques n’a pas été remis au Parlement. Cela devrait nous faire réfléchir sur l’intérêt des amendements proposant des rapports... Je vous invite à poser directement la question au ministre en séance : en tant que rapporteur général, il avait émis un avis favorable à cette demande. Demande de retrait.

S’agissant de l’amendement AS406, la loi que nous avons votée il y a deux ans prévoit déjà que la dotation populationnelle de psychiatrie doit prendre en compte la démographie, les caractéristiques et les besoins de la population, les caractéristiques de l’offre de soins sur le territoire mais aussi un objectif de péréquation entre régions. Cela répond entièrement à votre demande. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les deux amendements.

Amendement AS1079 Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. L’amendement vise à intégrer des indicateurs relatifs aux dispositifs créés pour lutter contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de la dotation complémentaire accordée aux établissements de santé relative à l’incitation financière à l’amélioration de la qualité (IFAQ). Selon l’ANSM, un événement indésirable grave associé aux soins sur deux est lié à une erreur médicamenteuse, soit entre 10 000 et 30 000 décès évitables chaque année en France. Au-delà du lourd préjudice humain, ces erreurs ont également un coût non

négligeable pour le système de soins et les établissements de santé en raison de l'allongement de la durée de séjour à l'hôpital.

M. le rapporteur général. La dotation IFAQ prend déjà en compte des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, dont la sécurité médicamenteuse est l'un des aspects.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS444 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. La dialyse à domicile et l'autodialyse offrent au patient une autonomie accrue et une meilleure qualité de vie. L'article 55 de la LFSS 2021 les a intégrées dans les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité des soins dans un établissement. Or ces indicateurs n'ont toujours pas été publiés et les deux avant-projets de décret transmis aux acteurs du secteur ne contiennent aucun indicateur sur la dialyse à domicile et l'autodialyse, en contradiction avec la loi. L'amendement vise donc à faire paraître ces indicateurs, intégrant la dialyse et l'autodialyse, avant le 30 juin 2022.

M. le rapporteur général. S'agissant d'un problème d'application de la loi, il me semble plus opportun d'interroger le ministre en séance à ce sujet.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS29 de Mme Marine Brenier et AS393 de M. Joël Aviragnet, amendements AS721 de M. Éric Coquerel, AS413 de Mme Annie Chapelier et AS581 de Mme Jeanine Dubié (discussion commune).

Mme Marine Brenier. Il s'agit encore une fois d'une demande de rapport, monsieur le rapporteur général, car nos amendements à l'article ont été déclarés irrecevables. Le dispositif « engagement maternité » a été annoncé par Agnès Buzyn mais rien n'a été fait pour le moment. Par ailleurs, les modalités de financement de la profession de sage-femme doivent évoluer. Les revendications des sages-femmes sont tout à fait légitimes, nous devons les entendre.

M. Joël Aviragnet. L'« engagement maternité » doit définir dans chaque territoire les schémas d'accès aux soins, de prévention, les prises en charge pré- et post-partum, la permanence des soins périnataux et les mécanismes de prise en charge des urgences. Il doit permettre de définir des parcours lisibles pour les femmes et leur garantir la liberté de choix. Le rapport que nous demandons doit porter sur l'extension du dispositif à l'ensemble du territoire, son financement par une dotation populationnelle et le renouvellement des indicateurs de périnatalité nécessaires.

Mme Caroline Fiat. Par l'amendement AS721, une demande de rapport était la seule façon pour nous d'aborder ce sujet, nos autres amendements ayant été jugés irrecevables.

Mme Annie Chapelier. Un état des lieux est absolument indispensable. L'« engagement maternité » est très prometteur et il serait dommage de couper les pattes à un dispositif aussi porteur pour l'offre de soins destinés aux femmes.

Mme Jeanine Dubié. Mon amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation du dispositif « engagement maternité » largement évoqué par les précédentes interventions de mes collègues.

M. le rapporteur général. Nous devons faire le point sur ce dispositif que nous avons voté il y a deux ans. Pour mémoire, cet article propose, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité. Nous avons en effet besoin d'éléments sur l'application de cette réforme.

Je vous propose donc de retirer vos amendements pour interpellier le ministre en séance. Il serait également utile de nous saisir de cette mesure lors du prochain Printemps de l'évaluation.

M. Joël Aviragnet. Pourriez-vous préciser quand le prochain aura lieu... ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. Ce sera une année particulière...

M. le rapporteur général. Plutôt que de demander des rapports, interrogeons-nous sur ce que nous pouvons faire, par exemple dans le cadre du Printemps de l'évaluation. Je rappelle que nous avons voté, en juillet, son inscription dans la loi organique.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS145 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Les maisons de naissance sont des lieux où se déroulent des accouchements physiologiques encadrés par des sages-femmes. Aujourd'hui, neuf femmes sur dix souhaitent la multiplication des maisons de naissance. Notre territoire en compte 8, contre 169 en Angleterre et une centaine en Allemagne. La multiplicité des lieux de naissance ne peut être que bénéfique pour les mères et favoriser un meilleur vécu post-partum. Aussi, cet amendement vise à faire un bilan de la généralisation des maisons de naissance et à ouvrir la possibilité de leur multiplication avec la création d'une maison de naissance par département.

M. le rapporteur général. Nous avons adopté l'année dernière un article sur les maisons de naissance, qui entrera en vigueur le 1^{er} novembre prochain. Une demande de rapport me semble donc prématurée.

Demande de retrait, sinon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 28

Isolement et contention

Amendements de suppression AS355 de M. Joël Aviragnet et AS701 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Certes, l'article 28 encadre l'isolement, ce qui constitue une avancée. Mais, dans un monde idéal où la psychiatrie aurait suffisamment de moyens, la contention n'aurait plus lieu d'être et l'on n'aurait pas besoin de l'encadrer.

M. le rapporteur général. Malheureusement, dans certaines situations, la contention semble difficilement évitable.

Je partage un certain nombre d'interrogations sur cette mesure et son rattachement à une LFSS. Toutefois, si nous ne faisons rien d'ici le 1^{er} janvier, à la suite de la nouvelle censure du Conseil constitutionnel, les hôpitaux psychiatriques publics seront dans le flou juridique le plus total. Nous leur devons de légiférer rapidement.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS704 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Pour répondre au rapporteur général, dans certains pays qui ont décidé de consacrer des moyens à la psychiatrie tels que l'Italie, la contention a disparu. « *L'isolement et la contention sont la pire atteinte à la liberté individuelle* » selon Dominique Simonnot, contrôleuse générale des lieux de privation de liberté.

L'amendement de repli vise à limiter à un an l'application de l'article 28, dans l'attente d'une loi mettant fin aux pratiques de contention en psychiatrie.

M. le rapporteur général. Si l'article précise les modalités de saisine par le juge en cas d'isolement ou de contention, notre priorité principale reste d'abandonner ces pratiques au profit d'alternatives thérapeutiques. Il s'agit, non pas de donner un blanc-seing, mais au contraire de limiter au maximum de telles pratiques. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de patients isolés ou sous contention et encore moins sur une longue durée, ce qui reste heureusement rare. Néanmoins, pour certains patients, de telles mesures resteront parfois nécessaires. Évidemment, le contrôle du juge ne

dispensera pas d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé, très précises sur le sujet.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS703 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Pierre Door. J'ai été saisi, probablement comme vous, par la présidente de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'ordre des médecins. Selon elle, il conviendrait de préciser que l'information des personnes habilitées à saisir le juge incombe au médecin, dans le respect du secret médical.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS740 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. J'appelle votre attention sur la contention dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Certaines habitudes ont été prises : les pyjamas que l'on ferme à l'arrière, prétendument pour protéger les patients ; les barrières dont l'usage « si besoin » est noté dans le dossier des patients dès leur arrivée. Ce sont autant de moyens de contention. Or la contention n'est pas anodine. Le recours à de tels dispositifs doit être sérieusement encadré, d'autant plus dans les EHPAD. Nous souhaitons réaffirmer le droit fondamental des usagers des établissements et services médico-sociaux à ne pas subir de contentieux.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je rappelle que la loi ne permet aujourd'hui l'isolement et la contention que dans les établissements publics pratiquant des soins sans consentement.

La commission rejette l'amendement.

Puis adopte l'article 28 non modifié.

Chapitre II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29

Revalorisations salariales dans le secteur médico-social

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit d'un article très important sur lequel tous nos amendements ont été déclarés irrecevables.

Je salue la revalorisation salariale d'un montant de 183 euros par mois dont le bénéfice est étendu à deux nouvelles catégories d'agents mais il est question

d'agents publics exclusivement. Certains personnels ne percevront donc pas cette revalorisation. Nous avons été saisis par de nombreuses associations d'employeurs, notamment en Occitanie, qui s'inquiètent d'une inégalité de traitement qui risque de les mettre en très grande difficulté.

M. Joël Aviragnet. J'ai également été saisi par de nombreux services qui risquent de se trouver en difficulté faute de personnels, ceux-ci faisant le choix d'aller travailler dans le secteur public pour bénéficier de la revalorisation. Je ne sais pas comment y remédier dans l'immédiat mais il faut trouver un moyen d'éviter ce qui est un effet pervers de la mesure.

Mme Jeanine Dubié. J'ai oublié de vous demander pourquoi, d'après l'exposé des motifs, la mesure s'applique aux salariés exerçant dans les établissements médico-sociaux privés financés par l'assurance-maladie « *sans que cette mise en œuvre ne nécessite toutefois de disposition législative* » ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Permettez-moi de rappeler ce que contient l'article 29, qui est très important.

Il transpose dans la loi les accords signés entre l'État et les partenaires sociaux le 11 février et le 28 mai derniers à l'issue des travaux de la « mission Laforcade ». Ceux-ci étendent le bénéfice du complément de traitement indiciaire de 183 euros nets mensuel instauré par la LFSS 2021. Désormais les personnels concernés sont : d'une part, les agents publics, à la fois les titulaires et les contractuels de la fonction publique hospitalière, exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé ou aux EHPAD depuis le 1^{er} juin et, d'autre part, les personnels soignants, les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de vie sociale (AVS) et les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements et services médico-sociaux autonomes financés par l'assurance maladie à compter du 1^{er} octobre – il s'agit notamment des structures prenant en charge des personnes en situation de handicap. Cela représente 140 millions d'euros en année pleine.

À partir du 1^{er} janvier, ces revalorisations concerneront également le secteur privé non lucratif, ce qui permettra de toucher près de 110 000 personnes, pour un montant de 500 millions d'euros par an – c'est considérable. Je tenais à saluer cet effort historique.

Mme Gisèle Biémouret. La semaine dernière, j'ai visité une maison d'accueil spécialisée (MAS) pour des personnes très lourdement handicapées et dépendantes. Il s'agit d'un établissement privé à but lucratif. Les quatre-vingt-dix résidents ne peuvent rester sans soins pendant 48 heures, car ils ne peuvent ni boire ni manger seuls. Or 20 % des salariés ont quitté l'établissement pour aller travailler dans des EHPAD et bénéficier des 183 euros mensuels supplémentaires. Le tarif à la journée étant trop bas, la MAS ne peut financer une augmentation de salaire. Je

comprends qu'on ne puisse pas aider des établissements privés mais il faudrait tout de même se pencher sur le problème.

Je suis sortie bouleversée de l'établissement. On n'imagine pas la dépendance de certaines personnes handicapées, dont on ne parle jamais.

M. Joël Aviragnet. Nous ne contestons pas la mesure mais nous sommes interpellés sur le terrain. Si la mesure est étendue à l'ensemble du secteur privé le 1^{er} janvier, le problème sera résolu puisque l'inégalité disparaîtra. Je voulais simplement vous alerter sur les dysfonctionnements et les effets pervers afin que vous puissiez y apporter une réponse d'ici à la séance.

Mme la rapporteure. Les revalorisations vont s'appliquer aux personnels du secteur sanitaire et des EHPAD. Le constat a notamment été dressé par Michel Laforcade, des négociations ont été menées. Les agents publics ont d'ores et déjà bénéficié de la revalorisation. Ensuite, ce seront les AMP, les AVS et les AES à compter du 1^{er} octobre. Quant au secteur privé non lucratif, c'est-à-dire le secteur associatif, les personnels soignants et paramédicaux percevront, à compter du 1^{er} janvier 2022, la même revalorisation que le personnel du secteur sanitaire. Ceux que l'on a qualifiés d'« oubliés du Ségur » sont bien pris en considération. C'est un effort important, qui coûte 500 millions d'euros par an.

Mme Jeanine Dubié. Je souhaiterais une réponse à ma question sur l'extension de la mesure aux établissements médico-sociaux privés qui ne nécessite pas de disposition législative.

Mme la rapporteure. Cela relève de la convention collective.

Nous y reviendrons, mais des rapprochements ont été annoncés par les fédérations d'employeurs, notamment Nexem et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP), qui permettront d'inclure l'ensemble des travailleurs de ces structures, y compris les travailleurs sociaux.

La commission adopte l'article 29 non modifié.

Après l'article 29

Amendement AS333 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement vise à demander un rapport analysant le droit existant et faisant des propositions pour s'assurer que le complément de traitement indiciaire et l'indemnité équivalent aux compléments de traitement indiciaire sont revalorisés au rythme de l'inflation, et ce dès l'année 2022.

Mme la rapporteure. Ce sujet important relève du dialogue social et s'inscrit dans le cadre plus large de la revalorisation des salaires et du point d'indice

dans la fonction publique. Cela nécessite des concertations avec les partenaires sociaux.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS334 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. L'amendement a pour objet de demander au Gouvernement un rapport sur l'application des mesures salariales du Ségur, d'une part, et de l'accord Lafordade, d'autre part, à l'ensemble des professionnels travaillant dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social. Il s'agit ainsi de vérifier qu'il y a bien zéro « oublié du Ségur » comme le prétend le Gouvernement, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

En outre, le rapport doit évaluer l'impact des mesures sur les inégalités salariales constatées dans ces mêmes secteurs, l'attractivité de leurs métiers et les conséquences sur l'offre de soins, notamment dans les déserts médicaux.

Mme la rapporteure. Les personnels médicaux et paramédicaux bénéficient bien de 183 euros nets supplémentaires par mois à compter de différentes dates selon le secteur concerné – à partir du 1^{er} janvier pour le secteur privé non lucratif. Quant aux autres personnels accompagnants – les éducateurs, les moniteurs les encadrants, les psychologues –, des concertations doivent être menées.

Depuis une trentaine d'années, l'absence de rapprochement des conventions collectives 66 et 51 constitue un obstacle à la revalorisation du point d'indice. Or Nexem et la FEHAP ont annoncé leur intention de travailler sur ce sujet. Il est donc permis d'espérer que dans le cadre de ce rapprochement, la question d'une revalorisation pour l'ensemble des personnels accompagnants soit abordée.

Je le répète, les AMP, les AVS, et les AES sont bien concernés. À compter du 1^{er} janvier, tout le monde gagnera 183 euros nets de plus par mois.

M. Joël Aviragnet. J'ai bien entendu. Cependant, si nous sommes interpellés, c'est bien parce que certaines catégories de salariés ne sont pas concernées pour le moment. Dans certains secteurs, les salariés démissionnent car ils sont mieux payés ailleurs. La mesure est bonne, nous ne la contestons pas, mais il faut s'assurer sur le terrain que toutes les personnes sont traitées de manière égale s'agissant de leur rémunération.

Mme Véronique Hammerer. Si nous avons réussi à revaloriser les salaires des aides à domicile, c'est parce que les syndicats et les fédérations au sein de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile ont su être force de proposition. C'est ce qui a permis de travailler sur les avenants n° 44 et n° 43 de la convention collective.

Pour tous les autres professionnels, tels que les éducateurs spécialisés, nous ne pouvons pas revaloriser les salaires parce qu'il faut revoir les conventions collectives 66 et 51. Je le dis sur le terrain : ce n'est pas que le Gouvernement ne veut pas, les professionnels doivent s'organiser pour être force de proposition.

Ensuite, comme vous le dit la rapporteure, pour les AMP, les AVS et les AES, la revalorisation doit entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier. Je ne vois pas pourquoi cela ne se ferait pas.

Mme la rapporteure. Le directeur de l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux de la région Centre me disait hier qu'à la suite du Ségur, certains professionnels, ayant constaté une différence entre leur salaire et celui qu'il pourrait percevoir dans les EHPAD ou dans les hôpitaux, sont partis. Mais cette perte d'attractivité ne va pas durer puisque la revalorisation interviendra pour ce secteur au 1^{er} janvier. Il s'agit d'un phénomène temporaire. Le PLFSS résout le problème pour l'année prochaine.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS263 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS308 de M. Bernard Perrut, AS499 de Mme Valérie Six et AS604 de M. Thibault Bazin.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit de demander un rapport mettant en parallèle les montants perçus par les EHPAD et les dépenses effectivement supportées à la suite du Ségur.

M. Bernard Perrut. Les EHPAD, tous secteurs confondus, s'accordent sur l'insuffisance des enveloppes budgétaires qui leur sont versées par les ARS afin de financer la revalorisation prévue par le Ségur.

Alors que tous les acteurs ont très vite salué cette mesure phare du quinquennat du Président de la République, il n'en reste pas moins que le coût réel est plus important que les financements publics perçus, laissant un surcoût non négligeable à la charge de structures déjà fragilisées par la crise sanitaire.

Il est donc nécessaire de mener une enquête nationale sur l'année 2021 afin de dresser un état des lieux et de comparer les montants perçus aux montants effectivement supportés par les EHPAD.

Il s'agit d'un amendement de bon sens destiné à prendre en considération les réalités sur le terrain et les attentes des établissements.

Mme Valérie Six. Le Ségur de la santé est un travail nécessaire qui a permis des revalorisations salariales historiques – nous le reconnaissons – mais il est aussi une source de frustrations. Mon collègue Pierre Morel-À-L'Huissier a interrogé le ministre des solidarités et de la santé à ce sujet lors des questions au Gouvernement hier. Il a mis en lumière le flou qui règne autour de l'éligibilité à la « prime Ségur »,

celle-ci dépendant de multiples critères, ainsi que la concurrence qui en résulte entre les établissements éligibles et ceux qui ne le sont pas.

Plusieurs établissements ont appelé notre attention sur la différence entre la dotation versée par l'État et la dépense effectivement supportée. C'est la raison pour laquelle l'amendement vise à demander au Gouvernement un rapport sur le différentiel constaté entre les crédits versés par l'État pour honorer les engagements du Ségur et les dépenses supportées par les établissements.

M. Thibault Bazin. Il me semble essentiel de s'inscrire dans la démarche de contrôle et d'évaluation qu'a proposée M. Isaac-Sibille dans l'article 6.

Les établissements ne peuvent pas proposer à ceux qui effectuent un remplacement – en contrat à durée indéterminée ou en intérim – une rémunération inférieure à celle des titulaires sinon ils souffriraient d'un problème d'attractivité. Il y a un écart entre les dépenses effectives des EHPAD et les dotations qui leur sont allouées pour assumer les revalorisations prévues par le Ségur.

Mme la rapporteure. Les amendements mettent en lumière une difficulté : les sommes allouées pour les revalorisations liées au Ségur ne correspondent pas aux coûts réels supportés par les établissements.

J'en ai discuté avec les fédérations et le Gouvernement. Deux problèmes se posaient : d'une part, dans certains cas, les cotisations patronales augmentaient du fait du dépassement du plafond d'exonération ; d'autre part, dans d'autres cas, le mode de calcul s'appuyait sur le taux d'encadrement des EHPAD publics, qui ne correspond pas à celui des petits EHPAD. Dans mon département, cela mettait particulièrement en difficulté les petites structures.

Sur ces deux sujets, une enquête a été menée par les ARS. Le premier problème a été résolu par l'instauration de compensations, financées notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Quant au second problème, une enquête est toujours en cours afin de remédier à l'écart entre l'enveloppe allouée et le coût réel.

Avis défavorable car des solutions sont apportées au problème que vous soulevez.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS622 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Les personnels de santé ont cruellement souffert des mesures d'austérité prises ces dernières décennies, notamment du gel du point d'indice depuis 2010. Malgré le Ségur de la santé, la France demeure à la traîne : les infirmiers français se classent encore, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, à la dix-huitième place en matière de rémunération.

Les jeunes continuent de quitter l'hôpital et les services et établissements médico-sociaux pour, au mieux, travailler à l'étranger, au pire, se reconvertir.

Pour rattraper la sous-indexation et le gel des pensions des dernières années, l'amendement invite le Gouvernement à réfléchir, à travers un rapport, à une revalorisation des traitements et pensions des soignants et personnels des services et établissements publics de santé et médico-sociaux. En février 2021, M. Véran nous avait promis des chiffres pour confirmer l'arrêt des démissions. Nous ne les avons jamais vus – c'est à croire que nous avons raison.

Mme la rapporteure. Je rappelle quelques chiffres : le PLFSS 2022, ce sont 560 millions d'euros de nouvelles revalorisations salariales, parmi lesquels 160 millions pour les catégories C, dont nous allons revoir les grilles indiciaires, et 120 millions d'euros pour les aides-soignants. Ces mesures s'ajoutent aux revalorisations salariales consécutives au Ségur sur la période 2020-2022. Cela représente près de 10 milliards d'euros de revalorisation pour les métiers de la santé et du médico-social.

Vous le voyez, notre majorité agit et continuera d'agir pour les soignants.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Ne nous faites pas dire ce que nous n'avons pas dit. Oui, vous avez agi, vous avez versé les fameux 183 euros, qui correspondent au rattrapage du gel du point d'indice.

Néanmoins, les démissions continuent, l'attractivité a disparu. Demandez à vos directeurs d'hôpitaux combien de places vacantes ils ont ! Il faut trouver une solution, et celle-ci passe par la hausse des salaires.

Vous avez augmenté les salaires, mais pas suffisamment pour restaurer l'attractivité et faire en sorte que nous ne manquions pas de soignants.

Mme Véronique Hammerer. La revalorisation salariale est, certes, un élément de l'attractivité – il y avait matière à rattrapage et nous l'avons fait – mais elle n'est pas le seul. L'attractivité est aujourd'hui minée par la pénurie de personnels. Ainsi, sur une promotion de 183 étudiants, 90 sont diplômés et 50 travaillent mais nous ne savons pas où sont les autres.

Madame Fiat, moi aussi je vais dans les hôpitaux et je ne nie pas l'importance de la revalorisation salariale, mais le problème vient surtout de la pénurie. Dans les MAS, la situation est parfois dramatique. J'ai déjà donné l'alerte à plusieurs reprises, mais que faire ? Nous pourrions peut-être commencer par repérer dans chaque département les établissements les plus en difficulté pour essayer d'apporter des réponses au cas par cas.

Mme Monique Iborra. Demander toujours plus, pourquoi pas ? C'est le rôle de l'opposition !

Pour vous, 500 millions d'euros, ce n'est rien, c'est comme si nous n'avions rien fait ! Il faudrait payer plus les gens pour qu'ils viennent travailler. Mais si c'était vrai, nous n'aurions pas les mêmes problèmes dans d'autres secteurs ! N'oublions pas que nous venons de connaître avec l'épidémie une situation inédite qui a profondément modifié les conditions de travail et la psychologie. Nous ne pouvons pas tout faire en même temps. Aujourd'hui, ce gouvernement fait ce qu'aucun autre n'a pensé à faire avant lui – sinon cela aurait été fait depuis longtemps. Ce n'est pas suffisant à vos yeux, mais il faut tout de même raison garder.

Mme Caroline Fiat. Depuis quatre ans, j'explique qu'il ne faut pas tout miser sur le salaire et qu'il faut donner les moyens financiers, humains, techniques et matériels pour attirer de nouveau. Depuis deux ans, je vous dis que 180 000 infirmiers diplômés d'État ont changé de profession et qu'il faut les auditionner pour savoir à quelles conditions ils reviendraient.

Vous vous demandez où aller chercher du personnel : écoutez les propositions de La France insoumise !

La commission rejette l'amendement.

Article 30

Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

Amendement AS542 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. L'article 30 instaure une tarification/heure plancher nationale afin de consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). L'amendement propose que la fixation de ce taux horaire soit arrêtée après un avis non contraignant de la CNSA.

Mme la rapporteure. L'article 30 définit le tarif socle. Aujourd'hui, chaque département fixe son propre tarif de référence pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Or on constate des disparités importantes d'un département à l'autre : si le tarif médian de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'établit à 21 euros environ de l'heure, dans certains départements, il est encore à 16 euros. La carte de France qui figure dans le rapport de la commission montre à quel point les écarts sont importants.

Le Gouvernement a entendu les demandes que les fédérations formulaient bien avant notre arrivée aux responsabilités. Le Premier ministre a donc annoncé que le tarif socle serait de 22 euros. Je ne saisis pas très bien l'intérêt de demander à la CNSA de se prononcer, d'autant que son avis ne sera pas contraignant. En outre, les membres du conseil de la CNSA ont déjà eu l'occasion de réagir à cette annonce.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS958 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. L'article 30 instaure un tarif plancher. Les disparités rappelées par la rapporteure montrent bien que l'effort était nécessaire. Le tarif minimal est désormais fixé à 22 euros – c'est un signe important envoyé aux acteurs du soin à domicile. Mieux payer et mieux former les gens permettrait de lutter contre la pénurie de personnels dans ce secteur.

Je souhaite appeler votre attention sur la répercussion de l'augmentation du tarif : si 80 % de la hausse profite à l'association gestionnaire et 20 % au salarié, ce sera un coup d'épée dans l'eau. Je le dis car j'ai pu constater dans mon territoire combien les situations étaient disparates selon les associations. Il faut une répartition équilibrée afin d'éviter que l'effort financier consenti par le Gouvernement ne soit détourné de son objectif, qui reste de mieux rémunérer les salariés – on ne comprendrait pas que cela finance une hausse des frais de gestion de l'association. C'est l'objet de cet amendement placé sous le signe de l'équité.

Mme la rapporteure. Le virage domiciliaire doit en effet profiter aux aides à domicile. Nous avons agi en ce sens l'année dernière en allouant 200 millions d'euros, ce qui a permis d'agréer l'avenant n° 43 et de procéder à des augmentations allant jusqu'à 15 % sur la fiche de paie des salariés.

Avec le tarif plancher, nous poursuivons des objectifs bien différents. Il s'agit, d'une part, de solvabiliser les services à domicile, dont les coûts de revient sont trop supérieurs aux tarifs proposés par les départements, et, d'autre part, de garantir l'équité sur l'ensemble du territoire.

Même si je comprends votre intention, mon avis est donc défavorable.

M. François Ruffin. La somme de 240 millions d'euros qui nous est annoncée représente environ 28,5 euros par AVS. Une partie de cette somme ira à l'association, une autre arrivera peut-être dans la poche des salariés. En tout état de cause, il ne s'agit absolument pas d'une mesure d'ampleur.

Ensuite, vous dites avoir entendu les attentes des fédérations. Ces dernières estiment aujourd'hui leur coût de revient à 25 euros ; or vous fixez le tarif plancher à 22 euros. Les associations continueront donc à être sous l'eau avec un tel tarif. Les auxiliaires de vie sociale ne verront vraisemblablement pas la couleur des moyens annoncés puisqu'ils serviront finalement à maintenir les structures à flot et non à leur sortir durablement la tête de l'eau.

Nous sommes dans le bidouillage. Ce sont des mesures cosmétiques, en aucun cas destinées à construire un métier dont on sait qu'il est un métier d'avenir en raison de la pénurie de personnels. Compte tenu des conditions de rémunération et de travail, les mesures que vous proposez n'amèneront pas d'air dans ce métier.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS612 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Nous commençons une série d'amendements sur les AVS, dont tout le monde répète qu'elles font un travail formidable et qu'elles sont indispensables, mais à quel prix ? Au prix d'un petit bout de contrat le matin, un petit bout de contrat le midi, un petit bout de contrat le soir, pour arriver à 53 heures par semaine pour un revenu de seulement 682 euros en moyenne, selon le ministère du travail.

Je réclame pour elles au moins le salaire minimum. Nous n'y parviendrons pas en augmentant leur taux horaire de 2 %, 5 % ou 10 %. Il faut instaurer le travail en tournée, avec une équipe du matin qui travaille de 7 à 14 heures, et une équipe de l'après-midi qui travaille de 14 à 21 heures. C'est l'objet de l'amendement AS691. Avec une telle organisation, elles passeraient d'un temps partiel-salaire partiel à un temps plein-salaire plein. En outre, elles pourraient avoir une vie sociale et familiale, qui est bien compliquée lorsque le travail est découpé en petits bouts tout au long de la journée.

Il faudrait aussi prendre au sérieux l'expression « auxiliaire de vie sociale ». Il n'est pas question d'« auxiliaire de survie ». Il ne s'agit pas d'entrer dans la maison d'un vieux monsieur, d'ouvrir ses volets, de le sortir du lit, de le nettoyer, de l'habiller et de lui donner à manger, certes avec de la tendresse dans les gestes et dans les mots, mais en regardant sa montre, parce qu'on a une demi-heure pour faire tout ça avant de repartir. L'AVS devrait apporter de la vie sociale à la personne en l'accompagnant dans des temps un peu plus creux, pour aller au cinéma, ou déposer une fleur sur la tombe de son mari décédé. Voilà pourquoi la mesure centrale consiste à réorganiser le temps de travail et à aller vers du travail en tournée.

L'amendement AS612 vise à conditionner la hausse du tarif de l'APA à l'établissement d'un diagnostic du lieu d'habitation du bénéficiaire afin de diminuer les accidents du travail. On sait en effet que les AVS ont plus d'accidents du travail que les salariés du secteur du bâtiment et des travaux publics.

Mme la rapporteure. Cet amendement conditionne l'application du tarif socle à un diagnostic, et les suivants posent d'autres conditions qui vous semblent indispensables pour améliorer la qualité de vie des AVS.

Je partage vos constats, en particulier sur les temps de coordination et de formation ou sur la sécurisation du lieu d'intervention. Néanmoins, vous n'utilisez pas le bon outil. L'instauration du tarif socle répond à une demande très ancienne. Les fédérations nous ont fait part de leur satisfaction à l'égard de cette mesure qui permettra non seulement d'améliorer le modèle économique des structures mais aussi d'assurer une équité territoriale.

J'ajoute que la ministre déléguée chargée de l'autonomie nous a annoncé, lors de son audition lundi, le versement d'une dotation complémentaire de 3 euros

– portant ainsi le tarif horaire à 25 euros –, qui sera soumis, et cela rejoint votre préoccupation, à divers critères tels que l'éloignement géographique, l'amplitude horaire, le niveau de dépendance de la personne accompagnée, mais aussi la qualité de vie au travail, notamment du point de vue de la coordination.

Avis défavorable, donc.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS691 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. On ne résoudra pas le problème de ces femmes qui, bien qu'elles travaillent, se situent sous le seuil de pauvreté avec des centaines de millions : ce sont des milliards qu'il faut investir, comme on le fait dans le cadre de France 2030 !

Par cet amendement, nous proposons de diminuer l'intensité du travail car, en enchaînant les tâches pénibles toute la journée, ces femmes s'usent physiquement. C'est pourquoi elles sont davantage victimes d'accidents du travail que les salariés du bâtiment et des travaux publics. Nous, députés, ne sommes pas payés à raison du temps que nous passons à parler dans un micro. Ces personnes, en revanche, sont payées uniquement pour le temps de leur intervention. La clef, pour les sortir de la pauvreté et doter leur métier d'un statut et d'un revenu, c'est le décompte de leur temps de travail. Or, à ce jour, je ne perçois pas la volonté du Gouvernement d'agir dans ce domaine. Si on peut gratter 30 ou 50 euros, on les prend, car cela permet de remplir un caddie, mais ce n'est pas ainsi que ces professionnelles passeront au-dessus du seuil de pauvreté.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles que j'ai exposées précédemment. J'ajoute que le Gouvernement travaille à l'élaboration d'un plan national pour l'amélioration des métiers du grand âge, qui reprend certaines des recommandations du rapport El Khomri. De nombreuses actions sont donc en cours, que ce soit en matière de formation, de prévention des risques ou de coordination. Vous avez raison de rappeler ces enjeux : ils sont essentiels. Mais sachez que le Gouvernement travaille, et que les mesures qui nous sont soumises permettent des améliorations substantielles.

M. François Ruffin. Je n'ai pas à ma disposition d'autre véhicule législatif que ces amendements visant à conditionner l'aide, au demeurant insuffisante, versée aux associations. L'an dernier, j'avais déposé les mêmes amendements, issus du rapport que j'ai cosigné avec Bruno Bonnell, et il nous avait été répondu qu'on nous soumettrait un projet de loi relatif à l'autonomie et que ce serait formidable car bien mieux que le petit travail législatif que je proposais. Ce texte a été annoncé cinq fois, et on y a renoncé cinq fois ! Cette année, vous nous faites le coup du plan national sur les métiers du grand âge. Non : à un moment, il faut agir ! Et nous devons avoir notre mot à dire sur la manière dont on limite le temps partiel contraint, avec des

petits bouts de contrat dans tous les sens, et dont on organise le temps de travail, comme il l'est pour les autres professions.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS693 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. La profession d'auxiliaire de vie doit demeurer ouverte : il ne faut pas forcément exiger des personnes qui souhaitent l'exercer un haut niveau de qualification ou un diplôme. En revanche, il faut que, dès qu'elles commencent, elles se voient offrir une formation sérieuse. De fait, écouter des personnes âgées, les soulever, leur donner à manger, c'est un véritable métier, qui ne relève pas seulement de compétences acquises par les femmes dans le cercle familial : il exige la maîtrise de divers savoir-faire. C'est pourquoi les associations et les entreprises du secteur devraient avoir l'obligation d'offrir une formation qualifiante à leurs salariés, dès la première année suivant leur recrutement.

Mme Annie Vidal. Je suis heurtée par certains des propos de M. Ruffin. Certes, il faut permettre à toutes les personnes qui travaillent de se former tout au long de la vie, mais on ne peut pas dire qu'on envoie à domicile des professionnelles qui ne sont pas formées et ne sont pas à l'écoute. Car, dans l'exercice de mon métier et à titre personnel, j'ai rencontré des personnes qui, auprès d'une personne fragile, savent faire les bons gestes, avec l'écoute et la douceur nécessaires. Il est vrai que ces professionnelles peuvent être fatiguées et souffrir de pathologies lombaires notamment, mais cessons de dire que l'on envoie auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap des gens qui ne savent pas écouter ou être tendre, car ce n'est pas vrai !

M. François Ruffin. Je ne peux pas laisser dire cela. Je connais, bien entendu, la capacité d'écoute et de tendresse de ces femmes. Mais, je le dis, beaucoup d'entre elles n'ont pas suivi de formation et cela ne leur facilite pas la tâche. Ne serait-ce que pour porter une personne, il faut connaître un certain nombre de postures si on veut éviter de se blesser. Les troubles provoqués par la maladie d'Alzheimer ne sont pas faciles à gérer pour qui n'y a pas été préparé. Donc, oui, il faut être formé pour pouvoir affronter ces différentes difficultés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS695 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Encore une fois, il n'est pas naturel de s'occuper, du jour au lendemain, de personnes âgées. C'est pourquoi il me paraît nécessaire d'instaurer un tutorat assuré par une auxiliaire de vie expérimentée. Du reste, il faudrait réfléchir aux fins de carrière des auxiliaires de vie, car beaucoup finissent en invalidité parce que leur corps est usé ou parce qu'elles ont été victimes d'accidents du travail. Quelles passerelles leur propose-t-on ? Aucune. Or elles pourraient

encadrer d'autres auxiliaires de vie, par exemple, devenir formatrices ou aides-soignantes.

Mme la rapporteure. Encore une fois, vos constats sont justes, mais il me semble que le tarif socle n'est pas l'outil adéquat pour résoudre les problèmes que vous soulevez.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur Ruffin, ne généralisez pas : je connais des auxiliaires de vie qui sont devenues aides-soignantes. Je vous poserai une seule question : cet article va-t-il dans le bon sens ?

M. François Ruffin. S'il y a 240 millions à prendre, je les prends ! Mais nous parlons de personnes qui travaillent 53 heures par semaine pour 682 euros par mois. On nous propose d'augmenter leur salaire de 28 euros – dans l'hypothèse optimiste où leur employeur reverserait l'intégralité de l'augmentation –, de sorte qu'il atteindrait 710 euros. Et vous voudriez que j'applaudisse ? La moindre des choses serait de les payer au salaire minimum. Tout le monde a le droit au SMIC ! Pourquoi ces personnes, dont on reconnaît qu'elles font un travail formidable, n'y ont-elles pas droit ?

Vous me dites, madame la rapporteure, que ce n'est ni le lieu ni le moment. Dites-moi quel budget il faut amender, et je le ferai. Pour l'instant, je n'ai toujours pas trouvé. À chaque fois que je suis allé quelque part, on m'a fait la même réponse !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS696 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Les spécialistes de l'audit social que nous avons auditionnés avec Bruno Bonnell, et qui ont exercé dans des centres d'appels, dans le bâtiment ou dans l'industrie, nous ont confié que, lorsqu'ils avaient audité pour la première fois le secteur de l'aide à domicile, ils étaient tombés de l'armoire. « *C'était Zola* », nous ont-ils dit. De fait, les auxiliaires de vie cumulent plusieurs difficultés : à la pression de leur employeur concernant leur temps de travail ou leur salaire s'ajoute parfois celle de l'usager, qui n'est pas toujours le meilleur des hommes. Elles peuvent ainsi être victimes d'injures, de harcèlement sexuel... – et elles exercent leur activité dans un domicile privé, où l'inspecteur du travail n'a pas le droit de se rendre. Or elles n'ont pas de lieu où elles peuvent se confier. Il me semble donc que chaque département pourrait nommer un médiateur, qu'elles pourraient appeler ou rencontrer pour qu'il les aide à régler les problèmes qu'elles rencontrent.

Mme la rapporteure. Défavorable, toujours pour les mêmes raisons.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur Ruffin, croyez-vous que les responsables des associations ou des services ne font pas ce travail ?

M. François Ruffin. Lorsqu'on a des difficultés de cette nature – dont un grand nombre d'AVS nous ont fait part durant leur audition –, ce n'est pas toujours à son supérieur hiérarchique que l'on va spontanément se confier, d'autant que le téléphone portable a réduit les contacts physiques.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS698 de M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Auparavant, même si elles étaient isolées, les auxiliaires de vie avaient des contacts avec leur hiérarchie ou leurs collègues, notamment lorsqu'elles se rendaient au siège de l'association pour prendre connaissance de leur planning. Ce n'est plus le cas aujourd'hui : l'utilisation des outils numériques a renforcé leur isolement. Or c'est un métier dans lequel on encaisse une souffrance psychologique importante, ne serait-ce que parce que les personnes qu'on aide et auxquelles on s'attache vont bien souvent vers la mort. Il est donc nécessaire de disposer d'un lieu où alléger les souffrances accumulées dans son cœur.

L'efficacité de ces lieux est illustrée par l'initiative de la mairie de Dieppe, par exemple, qui organise des groupes de parole hebdomadaires : les participantes se sentent tellement soulagées qu'elles s'y rendent même pendant leurs vacances. Pour casser le sentiment d'isolement et commencer à construire un collectif de travail, il faut à tout le moins organiser ce type de groupes de parole.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons. Mais, là encore, je ne nie pas le besoin de temps de supervision et d'échanges.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS642 M. François Ruffin.

M. François Ruffin. Il s'agit de s'assurer que les auxiliaires de vie ont tous les équipements nécessaires à leur protection si une nouvelle crise sanitaire devait survenir. Faut-il rappeler que, l'an dernier, au cœur de la crise, elles n'avaient accès, n'étant pas reconnues comme des professionnelles du secteur médical ou paramédical, ni aux masques, ni aux surblouses ni au gel hydroalcoolique ? Elles doivent désormais être considérées comme prioritaires.

En conclusion, Christine Erhel, économiste, s'est vu confier par le ministère du travail une mission sur les professions pouvant être considérées comme indispensables. Elle en a recensé quatorze, parmi lesquelles figurent notamment les professions d'agriculteur, de sylviculteur, de maraîcher, de caissier, d'agent de grande distribution et celle d'AVS. Elle montre que les personnes exerçant ces métiers sont sous-payées et se perçoivent comme telles. Quelle conclusion politique le ministère du travail a-t-il tirée de ce rapport académique ? Il fait confiance au dialogue social pour aboutir à quelque chose d'intéressant... Non, la solution ne naîtra pas spontanément du dialogue social ou de la main invisible du marché. Ce qui intéresse les auxiliaires de vie, c'est d'avoir un statut et d'être rémunérées au-dessus

du salaire minimum. Or, il faut dire la vérité, ce n'est possible que si la volonté politique d'y consacrer des milliards existe.

Si cette volonté politique s'était manifestée, on aurait pu sortir par le haut, non seulement de la crise sanitaire, mais aussi de celle des « gilets jaunes », car beaucoup des femmes qui se trouvaient sur les ronds-points sont des AVS, des assistantes maternelles ou des aides à domicile. On a manqué l'occasion de redonner de l'espoir aux classes populaires, et je le regrette, même si, encore une fois, tout ce qui peut constituer des petits mieux, je le prends.

Mme la rapporteure. Défavorable.

M. Pierre Dharréville. La situation décrite par François Ruffin mérite une action beaucoup plus vigoureuse que celle que mène le Gouvernement, car le problème, je l'avais dit au sujet des aidants, est à l'évidence d'ordre structurel. Nous nous devons de définir les contours d'une action publique qui soit à la hauteur et permette de respecter non seulement les personnes aidées et leurs familles, mais aussi celles et ceux qui les aident et qui ont besoin d'une véritable reconnaissance. C'est une question dont nous devons nous saisir avec vigueur, car nous ne pouvons pas laisser perdurer cette situation, dont vous avez admis la réalité, madame la rapporteure.

Mme Gisèle Biémouret. Les amendements de M. Ruffin sont d'autant plus importants que, Mme la ministre déléguée l'a dit, les personnes sont favorables au maintien à domicile, et que la majorité entend l'encourager. Or, si c'est véritablement ce que l'on veut, il faut tout de même que les AVS bénéficient d'une formation, d'une reconnaissance et d'un meilleur salaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS249 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS316 de M. Bernard Perrut, AS490 de Mme Valérie Six, AS584 de M. Thibault Bazin et AS1081 de Mme Annie Vidal.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'article 32 du projet de loi prévoit que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) puissent demander une autorisation de délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement afin d'évoluer vers des services autonomie. Nous proposons que les SAAD qui le souhaitent puissent proposer une offre de soins intégrée après autorisation de l'ARS. En bref, il est prévu de permettre aux SSIAD de devenir des SAAD ; nous souhaitons que les SAAD puissent devenir des SSIAD.

M. Bernard Perrut. On parle beaucoup de la réussite du virage domiciliaire, mais celle-ci suppose que les SAAD puissent être un élément central de l'organisation de l'offre globale d'accompagnement et de soins telle que prévue à l'article L. 313-12-0 du code de l'action sociale et des familles. Or, si l'article 30 prévoit que les SSIAD pourront demander une autorisation de délivrer des

prestations d'aide et d'accompagnement afin de pouvoir pleinement se transformer en services autonomie, il ne prévoit pas la possibilité pour un SAAD de délivrer des prestations de soin, donc de remplir l'ensemble des prestations des nouveaux services autonomie.

Il est pourtant essentiel de permettre aux SAAD volontaires de se médicaliser en interne au lieu de leur imposer une obligation de conventionnement avec un ou plusieurs services ou professionnels dispensant une activité de soins à domicile. C'est pourquoi nous proposons de permettre à tout SAAD volontaire de développer également une offre de soins intégrée, en lui permettant de demander une autorisation de délivrer des prestations de soin auprès des ARS.

Mme Valérie Six. L'article 30 permet aux services de soins infirmiers à domicile de demander une autorisation de délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement. Nous déplorons que les SAAD ne soient pas intégrés au dispositif car, pour réussir le virage domiciliaire, il importe de faire de ces services un élément central de l'organisation de l'offre globale d'accompagnement et de soins. En conséquence, nous proposons que tout SAAD volontaire puisse développer également une offre de soins intégrée, en lui permettant de demander une autorisation de délivrer des prestations de soin auprès des ARS.

M. Thibault Bazin. Les maillages respectifs des SAAD et des SSIAD varient selon les territoires. Il pourrait donc être intéressant, du point de vue de la souplesse et de la flexibilité, d'autoriser les SAAD, éventuellement dans le cadre d'une expérimentation, à servir des prestations susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie. Ce dispositif relève en quelque sorte de la couture territoriale, mais – je m'adresse à l'urgentiste que vous êtes, monsieur le rapporteur général – la situation est véritablement urgente dans certains territoires.

Mme Annie Vidal. En l'état actuel des choses, l'article 30 ne permet pas aux SAAD – la direction de la sécurité sociale (DSS) en convient – de demander directement une autorisation auprès des ARS. Ce qui leur est proposé, c'est de conventionner avec un SSIAD ; or tous ne le pourront pas.

Mme la rapporteure. Je souhaite dissiper ce qui me semble être un malentendu. En effet, un SAAD peut d'ores et déjà solliciter une autorisation pour proposer des prestations de soin, en se transformant en service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Par ailleurs, l'objectif de l'article 30 est de permettre que les 2 000 SSIAD se rapprochent des 8 700 SAAD. Par conséquent, les SAAD volontaires auront tout le loisir de s'associer à des SSIAD ou à des professionnels de santé.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

Mme Monique Iborra. Ces amendements sont *a priori* justifiés dans la mesure où ils permettraient d'accélérer une évolution que nous attendons depuis

plusieurs années. Mais, lorsque nous en avons discuté avec les membres du cabinet de la ministre déléguée – peut-être l’administration centrale a-t-elle dit le contraire mais je me fie davantage aux ministres –, il nous a été clairement dit qu’il suffisait que les SAAD demandent l’autorisation aux ARS, lesquelles ont pour mission, je le rappelle, de contrôler qu’on ne fait pas n’importe quoi.

M. Thibault Bazin. Madame la rapporteure, les choses sont parfois un peu trop subtiles pour nous... Mais, en l’espèce, nous ne proposons pas une évolution jusqu’au SPASAD : l’objet de nos amendements est de permettre la constitution d’un système hybride qui offre une certaine flexibilité. En permettant également aux SAAD de se rapprocher des SSIAD, nous pourrions combler les trous qui peuvent exister dans le maillage territorial de ces derniers. Il faut, me semble-t-il, que nous en discussions en séance publique avec la ministre de manière à connaître son avis.

Mme Annie Vidal. Manifestement, les choses ne sont pas claires. Encore une fois, selon la DSS, un SAAD qui souhaite passer au statut de service autonomie en recrutant du personnel infirmier ne peut pas adresser directement sa demande à l’ARS : il doit conventionner avec un SSIAD.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mme Iborra vient de nous dire clairement que nous avons raison : écrivons-le dans la loi !

Mme Monique Iborra. Attendons d’avoir la confirmation de la ministre.

Mme Valérie Six. Puisque nous sommes tous d’accord, la commission pourrait émettre un avis en ce sens. Rien n’empêche le Gouvernement de donner le sien en séance publique.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1009 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Nous débattons avec passion des moyens à mettre en œuvre pour réussir la revalorisation du travail de nos soignants et de celles et ceux qui accompagnent nos aînés et les personnes handicapées. Le financement des SAAD par l’instauration d’un tarif plancher de 22 euros, complété par un montant variable de 3 euros pour valoriser la qualité du service ou sa nature exceptionnelle, est très positif. Mais il convient de prévenir certains effets de bord en évitant que certains départements ne soient incités à geler leur contribution et leur tarif et, à l’inverse, que ceux qui ont trop longtemps serré la vis de la tarification au détriment de la qualité ne soient favorisés.

Notre amendement a donc pour objet de permettre aux citoyens de savoir qui fait quoi et à quel niveau, non pas en publiant un rapport *a posteriori*, mais en mettant à leur disposition en temps réel les informations sous la forme de données ouvertes, dites *open data*. Cela peut paraître ambitieux, mais c’est possible : la CNSA publie déjà ses contributions aux départements concernant certaines prestations pour l’année 2021, au moins à titre prévisionnel, et le baromètre des maisons départementales des personnes

handicapées (MDPH) a été créé pour rendre visibles les délais d’attribution des aides ou la mise en place des droits à vie des personnes handicapées.

Grâce à ces informations, nous pourrions nous assurer du respect de notre objectif : la meilleure prise en compte des besoins de nos concitoyens et la lutte contre les inégalités territoriales. On ne peut en effet améliorer ce que l’on mesure.

Mme la rapporteure. Je partage votre souci de disposer d’un maximum de données sur la répartition des financements. Toutefois, je vous propose de retenir l’amendement suivant, déposé par Monique Iborra, afin que nous disposions d’un bilan consolidé de la mise en place du tarif socle. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l’amendement ; à défaut, avis défavorable.

L’amendement est retiré.

Amendement AS1065 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Je laisse à M. Michels le soin de le défendre.

M. Thierry Michels. Il s’agit d’un amendement de repli par lequel on propose, plutôt qu’une solution du XXI^e siècle, c’est-à-dire une information en temps réel, une solution du XX^e siècle, c’est-à-dire la publication d’un rapport, tout en étant conscient, monsieur le rapporteur général, madame la rapporteure, de votre peu d’appétence pour les solutions papier.

Suivant l’avis de la rapporteure, la commission adopte l’amendement.

Puis elle adopte l’article 30 modifié.

Après l’article 30

Amendement AS796 de Mme Sylvia Pinel.

Mme Jeanine Dubié. Défendu.

Suivant l’avis de la rapporteure, la commission rejette l’amendement.

Article 31

Extension des missions des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

Amendement AS94 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Il s’agit d’alléger les contraintes administratives qui pèsent sur la création d’une mission de centre de ressources territorial. En effet, l’article L. 313-1-1 du code de l’action sociale et des familles précise que les projets qui font appel partiellement ou intégralement à des financements publics sont soumis

à un appel à projets. Afin que les initiatives fleurissent dans les territoires et que les établissements médico-sociaux puissent se saisir de cette mission, nous proposons de lâcher la bride en ajoutant ces projets à la liste de ceux qui sont dispensés de la procédure d'appel à projets. Le contrôle se fera *a posteriori*.

Mme la rapporteure. Je comprends votre objectif mais, dès lors que tous les EHPAD n'ont pas vocation à devenir des centres de ressources, il faut bien recourir à une procédure qui permette d'évaluer les projets, qu'il s'agisse d'un appel à candidatures ou d'un appel à projets – le texte n'apporte pas de précisions sur ce point.

Je vous propose donc de retirer l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. Philippe Chalumeau. Je vais retirer l'amendement, mais je tenais à lancer une alerte à ce sujet. Peut-être demanderons-nous ultérieurement un rapport.

L'amendement est retiré.

Amendement AS96 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Cet amendement vise à résoudre la problématique de la gouvernance dans le cadre de la création d'une mission EHPAD centre de ressources territorial, en proposant de la soumettre pour avis au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Le CDCA a remplacé le conseil départemental consultatif des personnes handicapées et le comité départemental des retraités et personnes âgées, en application de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population. Présidé par le président du département, il est composé de plusieurs collèges : représentants des personnes âgées et handicapées, des proches aidants, des institutions, des professionnels de santé... Sa principale mission est de faciliter la coconstruction des politiques territoriales d'autonomie en émettant des avis et des recommandations. Aussi pourrait-on lui soumettre pour avis la création des missions de centre de ressources territorial.

Mme la rapporteure. Je comprends votre préoccupation concernant la gouvernance locale des politiques publiques de soutien à l'autonomie, mais je crains que l'avis du CDCA n'alourdisse le processus et ne complexifie la mise en œuvre de ces nouvelles missions.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS708 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons de réserver le bénéfice de l'expérimentation proposée aux EHPAD publics.

Mme la rapporteure. Je ne crois pas qu'il faille utiliser ce dispositif pour favoriser un type d'EHPAD. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS705 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons d'exiger des EHPAD participant à l'expérimentation qu'ils atteignent le ratio minimal d'encadrement des résidents préconisé dans le rapport que j'ai cosigné avec Mme Iborra, à savoir un ratio de six professionnels pour dix résidents.

Mme la rapporteure. Là encore, l'adoption de votre amendement aurait pour conséquence de restreindre le dispositif. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. L'expérimentation aurait davantage de valeur si le ratio d'encadrement minimal pour mettre fin à la maltraitance institutionnelle était respecté. Je ne vois pas l'utilité de mener une expérimentation sans personnel soignant.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS732 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous proposons que l'expérimentation soit réservée aux EHPAD qui sont habilités à l'aide sociale pour la moitié de leurs places.

Mme la rapporteure. Défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1066 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Cet amendement du groupe La République en Marche vise à assurer l'équité entre territoires lors du développement des futurs EHPAD. En effet, on induit des inégalités entre territoires par les politiques confiées au conseil départemental, même si celui-ci n'y est pas pour grand-chose. Dès lors que l'on crée un nouveau dispositif, il faut rechercher l'équité en prévoyant au moins un centre de ressources par département.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

Amendement AS1067 de Mme Monique Iborra.

Mme Monique Iborra. Cet amendement du groupe La République en Marche tend à préciser que les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social avec lesquels l'EHPAD ressource doit faire le lien sont ceux chargés du parcours gériatrique des personnes âgées. Il s'agit de tirer les enseignements de l'épidémie en faisant travailler ensemble le sanitaire et le social dans le cadre du parcours gériatrique.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS1052 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. La pandémie de covid-19 a rappelé les conséquences importantes que peuvent avoir les maladies infectieuses chez les personnes âgées. Chaque année, les virus respiratoires et le pneumocoque sont responsables d'un nombre élevé d'hospitalisations et de décès parmi ces personnes. Pourtant, leur couverture vaccinale reste faible. Il existe certes un calendrier vaccinal spécifique aux personnes âgées, mais la complexité du calendrier joue inévitablement un rôle dans cette limitation de la couverture.

Nous proposons d'étendre celle-ci en incluant le suivi de la vaccination parmi les missions des nouveaux centres de ressources.

Mme la rapporteure. Votre amendement est satisfait, dans la mesure où les EHPAD centres de ressources devront contribuer à améliorer la cohérence du parcours de santé des personnes accompagnées. Néanmoins, la précision peut se justifier par les arguments que vous avancez.

Avis de sagesse.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS97 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. L'amendement vise à subordonner à l'avis de la CDCA la création d'une mission centre de ressources. Nous alertons sur le pilotage de cette fonction : on a vu le problème au cours de la crise, lors de laquelle sont intervenus des EHPAD à but lucratif, à but non lucratif, appartenant ou non au groupement hospitalier de territoire, des départements faisant plus ou moins le travail, etc. Il faut une gouvernance au plus près du territoire pour pouvoir développer une approche domiciliaire depuis des EHPAD plateformes, avec des missions précises, et éviter un effet de silo. Nous proposons, parmi d'autres possibilités, que cette gouvernance soit confiée à la CDCA.

Mme la rapporteure. Il nous faut en effet développer la gouvernance locale grâce aux outils de démocratie sanitaire et renforcer le rôle des CDCA. Mais votre proposition risque de ralentir l'installation des EHPAD centres de ressources.

Avis défavorable.

Mme Monique Iborra. Il est important d'aborder la gouvernance, qui n'est pas du tout traitée dans le texte que nous examinons. Simplement, la renforcer ne signifie pas multiplier le nombre de ceux qui vont s'en occuper – c'est tout le problème de la gouvernance actuelle de la politique du vieillissement. En l'occurrence, l'ARS sera responsable des centres de ressources, ce qui ne veut pas dire que le président du conseil départemental ne pourra pas être consulté ; mais il

faut clarifier qui fait quoi. Ajouter l'avis de la CDCA ne va pas du tout dans le sens de la simplification.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 31 modifié.

Article 32

Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

Amendement AS528 de Mme Jeanine Dubié, amendements identiques AS258 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS602 de M. Thibault Bazin, amendement AS1056 de Mme Annie Vidal (discussion commune).

Mme Jeanine Dubié. L'article crée un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA par les départements, qui sera développé par la CNSA. Puisqu'il s'agit de faciliter l'accès aux prestations pour les personnes en situation de vulnérabilité, la prestation de compensation du handicap (PCH) devrait également être intégrée dans ce système d'information afin de lui assurer la même qualité de gestion qu'à l'APA.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Profitons en effet de la création du nouveau système informatique pour lui intégrer la gestion de la PCH : ainsi, nous ne regretterons pas dans quelques années d'avoir oublié de le faire.

M. Thibault Bazin. Il faut tenir compte de la situation des personnes handicapées vieillissantes, de plus en plus nombreuses. Si elles étaient éligibles aux deux aides avant 60 ans, elles peuvent opter pour l'une ou pour l'autre. Ce droit d'option est d'autant plus important que le vieillissement peut faire évoluer les besoins de la personne handicapée. Il est donc essentiel d'intégrer la PCH dans le dispositif de suivi national.

Mme Annie Vidal. Mon amendement est défendu car je partager les arguments qui viennent d'être présentés.

Mme la rapporteure. Les amendements sont satisfaits : la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de la population prévoyait l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH en un système, le SI MDPH, qui intègre le pilotage de la PCH.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Pour avoir pris part il y a quelques années à des évaluations dans le cadre du groupe d'études sur l'autisme, nous savons que le système d'information des MDPH est en retard, malgré l'intention de lui intégrer la gestion de la PCH. Ici, c'est de l'interaction entre PCH et APA qu'il s'agit. Malgré

la complexité technique, il faut intégrer la PCH au nouveau système pour préserver la possibilité d'option entre les deux aides – qui va dans les deux sens – et tenir compte du fait que les bénéficiaires peuvent changer de département, par exemple pour se rapprocher d'aidants. Je propose que nous votions l'amendement pour en débattre avec le Gouvernement en séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si les MDPH ont du mal à faire fonctionner leur système d'information et l'interopérabilité entre elles, c'est parce que l'on n'a pas su, à l'époque, imposer un système unique. Puisque l'on va créer un tel système pour l'APA, intégrons-lui la PCH sans attendre : nous devons de toute façon le faire dans les années à venir.

Mme Jeanine Dubié. Pour donner aux personnes le plus d'autonomie possible par le biais des dispositifs financiers, qu'il s'agisse de l'APA après 60 ans ou de la PCH avant, la CNSA doit se doter d'un outil permettant de piloter les deux prestations – en espérant qu'elles seront fondues à terme en une seule quel que soit l'âge du bénéficiaire.

Mme Véronique Hammerer. Je suis favorable à la mesure proposée, car elle mettrait en évidence le caractère inéquitable de l'attribution de la PCH à l'échelle du territoire, permettant de voir où en sont les départements à cet égard et de réviser certains critères pour remédier à cette inéquité.

Mme la rapporteure. Je propose aux auteurs des amendements de les présenter à nouveau en séance. J'ajoute à mes précédents arguments que le système d'informatisation de l'APA coûte 45 millions d'euros, nécessitera deux ans de préparation et représente un énorme chantier ; je conviens que le SI MDPH, depuis six ans, n'a pas donné les résultats escomptés, mais conjuguer un chantier complexe et inachevé avec un autre qui débute n'est peut-être pas la meilleure option. Quoi qu'il en soit, la ministre vous répondra beaucoup mieux que moi.

La commission adopte l'amendement AS528.

En conséquence, les amendements AS258, AS602 et AS1056 tombent.

Amendement AS1006 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Je salue la création par le Gouvernement d'un outil commun de gestion de l'APA pour apporter toute la transparence nécessaire s'agissant de l'attribution de cette allocation.

La Cour des comptes a exprimé à de multiples reprises son inquiétude concernant le même problème dans le domaine du handicap. Notre amendement vise donc à permettre davantage de transparence et d'efficacité en la matière. On ne peut se satisfaire des incompréhensibles variations selon les départements de la reconnaissance de la qualité de personne handicapée, ni de leurs effets sur la vie de nos concitoyens et de l'inégalité territoriale qui en résulte en matière d'accès au service public du handicap.

Nous demandons donc au Gouvernement un retour d'expérience concernant le nouveau système unifié créé pour l'APA en vue de l'étendre à l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Mme la rapporteure. Il est légitime de souhaiter des données détaillées sur cette allocation, mais cela n'entre pas vraiment dans le cadre de l'article en discussion, car cela ne relève pas de la CNSA. Je vous invite à vous rapprocher plutôt de la Caisse nationale des allocations familiales, qui verse l'AAH, ou directement du ministère.

Avis défavorable.

M. Thierry Michels. Je retire l'amendement ; j'y repenserai pour la séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 32 modifié.

Après l'article 32

Amendement AS405 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. L'amendement vise à renforcer la sécurité juridique de la majoration des objectifs de dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) des territoires d'outre-mer en raison des surcoûts liés à la pratique de la médecine dans ces zones. Cette majoration est aujourd'hui fixée par circulaire budgétaire. Inscrire son principe dans la loi permettra de rendre plus solides les plans de financement des ESMS ultramarins.

Mme la rapporteure. La question revient régulièrement, mais elle relève du niveau réglementaire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS28 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. En théorie, le directeur d'EHPAD dispose d'un droit d'option tarifaire entre un tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI) et un tarif global avec ou sans PUI. En pratique, le droit d'option pour le tarif global soins est gelé depuis 2010.

Cette fermeture a été expliquée par des contraintes budgétaires. Pourtant, le rapport établi par l'Inspection générale des affaires sociales en octobre 2011 démontrait l'intérêt économique du tarif global. Si le passage du tarif partiel au tarif global induit un surcoût, il entraîne néanmoins des gains significatifs du fait de la réorganisation générale qu'il implique. En outre, il permet de faire baisser le taux d'hospitalisation, selon le rapport de la CNSA *La Situation des EHPAD en 2017*, et d'embaucher davantage de médecins coordonnateurs.

Nous demandons par conséquent au Gouvernement un rapport d'évaluation de cette option tarifaire pour mesurer l'intérêt de sa généralisation à tous les EHPAD.

Mme la rapporteure. Comme vous le soulignez, nous disposons déjà de nombreux rapports sur le financement des EHPAD. Nos collègues Monique Iborra et Caroline Fiat se sont penchées sur le sujet, de même que nos homologues de la commission des affaires sociales du Sénat. Je ne suis pas sûre qu'un rapport supplémentaire permettra de répondre à la question que vous soulevez.

En revanche, il pourrait être intéressant d'interroger la ministre à ce sujet. Je vous suggère donc de retirer votre amendement pour le redéposer en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

Chapitre III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Amendements AS173 et AS174 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Il s'agit à nouveau de l'interopérabilité sémantique.

M. le rapporteur général. Je vous renvoie à notre précédent débat au sujet de l'amendement de M. Isaac-Sibille. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1101 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Certaines spécialités pharmaceutiques en accès précoce peuvent ne pas être prises en charge dans le droit commun à la fin de l'accès précoce. Afin de garantir de manière effective la continuité de traitement des patients qui bénéficiaient, pendant l'accès précoce, de ces spécialités, l'amendement prévoit de plafonner leur prix d'achat pendant une certaine période à l'issue de l'accès précoce.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

Article 34

Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux

La commission adopte l'article 34 non modifié.

Article 35

Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières

Amendement AS81 de suppression de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 35 non modifié.

Article 36

Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé

Amendement AS82 de suppression de M. Stéphane Viry.

M. Bernard Perrut. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1102 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à modifier le mécanisme de calcul des remises en prévoyant qu'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires s'appliquera pour l'accès direct, comme c'est le cas aujourd'hui pour l'accès précoce.

En revanche, il me semble que ce barème devra être plus strict dans le cas de l'accès direct que dans celui de l'accès précoce, dans la mesure où le périmètre des médicaments en accès direct est beaucoup plus large.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1103 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Certaines spécialités pharmaceutiques en accès direct peuvent ne pas être prises en charge dans le droit commun à la fin de l'accès direct. Afin de garantir de manière effective la continuité de traitement des patients qui bénéficiaient, pendant l'accès direct, de ces spécialités, l'amendement prévoit de plafonner leur prix d'achat pendant une certaine période à l'issue de l'accès direct.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 36 modifié.

Article 37

Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence

Amendement AS149 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1061 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. Les missions du pharmacien d'officine évoluent en raison de la proposition du Gouvernement d'autoriser la substitution à un médicament biologique de son équivalent biosimilaire. Cette disposition doit permettre un plus large accès aux soins et l'activation d'un important gisement d'économies.

Il est donc important de fixer un délai précis pour la publication de la liste des groupes biologiques similaires au sein desquels la substitution est autorisée, afin de garantir l'application rapide et efficace de la loi et, ainsi, le développement des médicaments biosimilaires.

M. le rapporteur général. Je partage votre souhait que soit publiée aussi vite que possible la liste des médicaments biosimilaires qui pourront faire l'objet d'une substitution en pharmacie. Néanmoins, je ne suis pas favorable au fait de prévoir un délai dans la loi.

J'ai posé la question au ministre avant-hier, lors de son audition ; il nous a indiqué que les travaux avaient débuté : les textes réglementaires devraient pouvoir être pris rapidement.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS121 de Mme Agnès Firmin Le Bodo est retiré.

Amendements identiques AS297 de M. Bernard Perrut et AS485 de Mme Valérie Six.

M. Bernard Perrut. La substitution au médicament biologique de son biosimilaire par le pharmacien en initiation de traitement n'est possible que quand le prescripteur n'en a pas exclu la possibilité. Mais le patient doit également pouvoir s'y opposer.

Par ailleurs, cette possibilité ne doit pas être ouverte dans le cas de pathologies lourdes, ni concerner les six substances actives prévues dans le cadre de l'avenant n° 9 à la convention médicale paru au *Journal officiel* du 25 septembre 2021.

Enfin, un médicament biologique similaire ne peut pas être substitué à un autre médicament biosimilaire, car cela augmenterait fortement l'effet nocebo.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas favorable à ce qu'un tel encadrement soit fixé dans la loi, car il s'appliquerait alors à l'ensemble des groupes biologiques, sans distinction ; or les conditions de substitution doivent être définies en fonction des spécificités de chaque groupe biologique, après concertation avec les professionnels de santé et avec les associations de patients.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS152 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1070 de Mme Annie Vidal et AS966 de Mme Carole Bureau-Bonnard (discussion commune).

M. Paul Christophe. Avec cet amendement AS152, afin de ne pas freiner de façon injustifiée le développement des médicaments biosimilaires, l'exclusion par le prescripteur de la possibilité de leur substitution à un traitement biologique, lorsqu'elle est possible, devrait faire l'objet d'une justification médicale individuelle, comme c'est déjà le cas pour les médicaments génériques.

Mme Annie Vidal. En étendant au médicament biologique, dès lors qu'il devient substituable en officine, l'obligation de motiver la non-substituabilité, notre amendement AS1070 a pour objectif d'assurer le bon développement des médicaments biosimilaires et les économies collectives attendues.

L'amendement AS966 vise également à ce que la mention « non substituable » sur l'ordonnance soit justifiée expressément par des raisons médicales, afin d'éviter qu'il y soit recouru plus souvent que nécessaire. Dans la LFSS 2020, le Gouvernement a fait en sorte de limiter son usage dans les prescriptions de médicaments « classiques », issus de la synthèse chimique ; le recours à cette mention a ainsi diminué de 4 points, favorisant la substitution et la pénétration des médicaments génériques et, ainsi, des économies collectives. Les mêmes effets sont attendus ici concernant les médicaments biosimilaires.

M. le rapporteur général. Avis favorable à l'amendement AS1070, celui dont la rédaction est la plus claire, et demande de retrait pour les autres amendements.

La commission rejette l'amendement AS152.

Puis elle adopte l'amendement AS1070.

En conséquence, l'amendement AS966 tombe.

Amendements AS981 de Mme Carole Bureau-Bonnard, AS157 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1071 de Mme Annie Vidal (discussion commune).

Mme Annie Vidal. Dans le cadre de la nouvelle mission officinale permise par cet article et qui représente une avancée majeure pour l'accès aux soins, il revient au pharmacien, interlocuteur de proximité pour le patient, de proposer un accompagnement et une information adéquate à ce dernier, afin d'améliorer la compréhension et l'observance du traitement.

Notre amendement AS1071 précise donc que le pharmacien, lorsqu'il délivre le médicament biosimilaire, informe à la fois le prescripteur et le patient de cette substitution.

L'amendement AS981 est défendu.

M. Paul Christophe. L'information systématique du prescripteur en cas de substitution paraît difficilement applicable dans la pratique officinale, peu utile dès lors que le pharmacien, expert du médicament, est autorisé à substituer et redondante avec l'obligation d'inscrire le nom du médicament délivré au dos de l'ordonnance.

L'information et l'accompagnement du patient lors de la substitution, en revanche indispensables, doivent permettre au pharmacien d'exercer son rôle de conseil.

Tel est le sens de l'amendement AS157.

M. le rapporteur général. Avis favorable à l'amendement AS1071, qui améliore l'information du patient, et défavorable aux deux autres, qui suppriment l'information systématique du prescripteur en cas de substitution.

L'amendement AS157 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS981.

Puis elle adopte l'amendement AS1071.

Amendement AS977 de Mme Carole Bureau-Bonnard.

Mme Annie Vidal. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS146 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'amendement vise à prévoir, suivant les recommandations de l'ANSM et dans un délai raisonnable fournissant un recul suffisant, les conditions d'extension progressive de la liste évolutive des groupes biologiques similaires au sein desquels le pharmacien pourrait remplacer un médicament biologique de référence par son biosimilaire.

M. le rapporteur général. Je ne suis pas sûr que, six mois après la promulgation de la loi, nous aurons un recul suffisant sur la substitution des premières molécules concernées. Par ailleurs, rien n'empêche l'ANSM de s'autosaisir à ce sujet si elle estime être en mesure d'apporter des éléments utiles.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 37 modifié.

Après l'article 37

Amendement AS462 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit de permettre la substitution d'un dispositif médical identique, mais de marque différente.

De nombreux dispositifs sont prescrits sous leur nom de marque, ce qui empêche le pharmacien d'officine de leur substituer un dispositif médical pourtant identique. Pendant l'état d'urgence sanitaire, les pharmaciens d'officine ont pu procéder, dans certaines conditions, à la substitution des dispositifs médicaux. Cette dérogation a confirmé que le pharmacien d'officine est capable de proposer un dispositif médical adapté au patient et à sa pathologie. Les patients ont ainsi pu accéder à leur traitement rapidement et en toute sécurité, accompagnés par leur pharmacien.

Nous proposons donc que cette possibilité soit pérennisée.

M. le rapporteur général. Ce que vous proposez était possible dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, mais uniquement en cas de rupture avérée d'approvisionnement d'un dispositif médical nécessaire à la continuité de soins dont l'interruption serait préjudiciable à la santé du patient.

Les dispositifs inscrits en nom de marque présentent des spécifications techniques qui leur sont propres. Il n'est pas établi, comme cela existe pour les médicaments génériques, de liste de dispositifs médicaux équivalents entre eux, même si certains peuvent effectivement présenter les mêmes caractéristiques techniques et cliniques.

Dans ce contexte, une telle mesure paraît difficile à mettre en œuvre à court terme sans un travail préparatoire approfondi sur le champ des dispositifs médicaux qui pourraient être concernés.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 38

Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé

Amendement AS915 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit de préciser que tout ou partie de la production de médicaments, y compris pour les sous-traitants – souvent les façonneurs –, peut se faire au sein de l'Union européenne, afin de couvrir l'ensemble de la chaîne de production.

M. le rapporteur général. L'amendement est satisfait : c'est bien l'implantation de l'ensemble des sites de production qui sera prise en considération. Demande de retrait.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Est-ce bien précisé dans le texte ? Si oui, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendement AS211 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Cet amendement devrait rassurer nos collègues du groupe Les Républicains qui s'inquiétaient concernant les filières de l'industrie du médicament et les laboratoires. Il vise à valoriser au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS) les industries de santé qui respectent les normes sociales et environnementales. Pour l'instant, la visée du CEPS est exclusivement économique ; or l'objectif de restriction des coûts peut induire un manque de contrôle de l'utilisation des produits – matières premières ou principes actifs – à l'étranger et ne favorise pas la souveraineté nationale dont nous avons besoin en matière médicamenteuse et sanitaire.

M. le rapporteur général. Les normes sociales et environnementales françaises font partie des plus exigeantes qui soient. Je comprends votre idée, mais l'amendement mérite d'être retravaillé en vue de la séance afin d'en discuter avec le Gouvernement. Dans ce but, je vous suggère de le retirer.

L'amendement est retiré.

Amendement AS978 de M. Philippe Berta.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement vise à renforcer l'indépendance sanitaire française et la relocalisation à long terme de la production de médicaments, y compris les thérapies innovantes. Selon le rapport d'information d'Audrey Dufeu et de Jean-Louis Touraine sur les médicaments, « *les investissements dans la R&D en santé sont loin d'être des investissements à perte. Ils permettront à la France, à terme, non seulement d'être moins dépendante des pays étrangers pour l'importation d'innovations thérapeutiques, mais également d'exporter davantage [ses] propres innovations* ».

C'est dans cet esprit, et parce que cela favorise l'accès précoce des patients aux traitements innovants, qu'il faut encourager l'implantation de centres de recherche et la réalisation d'essais cliniques en France.

M. le rapporteur général. Je partage votre volonté de renforcer l'attractivité de la France en matière de recherche et d'innovation en santé, mais je demanderai le retrait de votre amendement.

En effet, plusieurs mesures destinées à soutenir la recherche et le développement en matière de produits de santé ont été annoncées dans le cadre du CSIS – le Président de la République en a parlé avec force hier à propos de France 2030. Il faut désormais s'assurer de leur mise en œuvre rapide.

Je rappelle que 1 milliard d'euros seront consacrés au renforcement de la recherche biomédicale et que 2,2 milliards seront injectés dans les domaines d'avenir, dont quelque 800 millions d'euros dirigés vers le développement de biothérapies, 650 millions vers la « médecine 5P » – préventive, personnalisée, prédictive, participative et basée sur les preuves – et 750 millions d'euros dédiés à l'anticipation d'éventuelles pandémies.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS854 de M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. L'article 38 vise à renforcer des dispositions figurant déjà dans l'accord-cadre signé en mars 2021 entre le CEPS et Les Entreprises du médicament. En réintégrant les activités liées à la recherche et développement ainsi qu'au déploiement de solutions numériques, il rétablit la cohérence entre l'article et les principes de l'accord-cadre, réaffirmés par le président de la République lors du CSIS du 29 juin 2021.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS294 de M. Bernard Perrut et AS386 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Bernard Perrut. Il est ici proposé de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le CEPS puisse tenir compte des investissements réels pour la recherche et développement, et du financement public de la recherche.

M. Boris Vallaud. L'amendement AS386 est défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1007 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. S'il apparaît essentiel de remettre notre industrie en ordre de bataille, l'enjeu dépasse le seul secteur pharmaceutique. Notre amendement appelle donc à une mobilisation renforcée, en amont, des organismes publics experts du sujet industriel dans la fixation du prix des médicaments. Il vise explicitement la compétence matérielle du Conseil national de l'industrie, lequel fédère autour du Premier ministre aussi bien les organisations syndicales salariales que les organisations patronales de l'ensemble des filières industrielles. Cette réarticulation de notre industrie pharmaceutique à l'ensemble de notre industrie nous semble aussi utile que pertinente afin de bâtir des chaînes d'approvisionnement résilientes.

M. le rapporteur général. L'amendement me paraît satisfait : le CEPS peut déjà consulter les acteurs qu'il souhaite solliciter et s'appuyer sur les travaux existants en matière de politique industrielle. Je ne suis pas favorable à ce que l'on instaure des consultations systématiques, qui pourraient avoir pour conséquence de prolonger la négociation des prix.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 38 non modifié.

Après l'article 38

Amendement AS385 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement vise à tenir compte, dans la définition du prix d'un médicament, des investissements publics qui ont contribué à son développement, conformément à une demande récurrente de diverses associations dont Aides, Médecins du monde et Sidaction.

M. le rapporteur général. L'article 79 de la LFSS 2021 prévoit déjà que les entreprises mettent à la disposition du CEPS le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement de leurs médicaments.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS957 et AS975 de M. Philippe Vigier.

M. Cyrille Isaac-Sibille. En 2020, il y a eu 2 446 signalements pour carence de médicament. La LFSS 2020 a instauré l'obligation pour les industriels de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national ne pouvant excéder quatre mois de couverture des besoins. Nous proposons que, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, la limite ne puisse être inférieure à quatre mois.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

3. Réunion du mercredi 13 octobre 2020 à 21 heures 30 (article 39 à article 62)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11324443_616731b38a539.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-13-octobre-2021

Article 39

Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

Amendement AS461 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'amendement répond à une forte attente des pharmaciens. La réglementation relative à la sérialisation est obligatoire pour tous les pharmaciens. Cependant, certains éditeurs de logiciels n'ont toujours pas adapté leur outil à la législation, ce qui a pour conséquence que les pharmaciens ne peuvent pas se mettre en conformité avec cette obligation. L'éventualité doit être prévue par le législateur. Des pénalités financières doivent s'appliquer aux éditeurs dont les logiciels ne sont pas conformes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général , rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Je me permets de vous rappeler quelques éléments de contexte s'agissant de la sérialisation et de la répartition des rôles entre pharmaciens et éditeurs de logiciels.

La très grande majorité des pharmaciens, à travers l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, ont souhaité que la connexion au répertoire national de vérification des médicaments, géré par France MVO, l'organisation de vérification des médicaments en France, passe par le connecteur au dossier pharmaceutique de l'Ordre des pharmaciens pour anonymiser les échanges. La mise en place de ce connecteur a nécessité la préparation d'un contrat quadripartite entre l'Ordre des pharmaciens, France MVO et les prestataires Docaposte et Arvato. Celui-ci a été signé en décembre 2019.

Par la suite, les éditeurs de logiciels de pharmacies d'officine ont dû effectuer les développements nécessaires et complexes demandés par les pharmaciens pour que leur solution passe par le connecteur de l'Ordre. Il me semble qu'ils ont respecté leur part du contrat.

La Commission européenne a précisé les obligations incombant à chaque acteur de la sérialisation dans un courrier d'octobre 2018, dont il ressort que la mise à jour des scanners pour lire les identifiants uniques et celle des logiciels reliant les officines au répertoire national incombe bien aux pharmaciens d'officine.

Enfin, la solution que vous proposez renverserait les responsabilités. Les pharmaciens doivent désormais se soumettre aux règles fixées, qui ont été rappelées

et explicitées par la Commission européenne. Selon moi, les éditeurs de logiciels ont joué le jeu.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 39 non modifié.

Après l'article 39

Amendement AS282 de M. Yves Daniel.

Mme Stéphanie Kerbarh. Il s'agit de demander un rapport au Gouvernement sur l'usage de l'homéopathie et sur les conséquences de son déremboursement sur la santé de la population et sur les comptes de la sécurité sociale, compte tenu de son efficacité thérapeutique et préventive réelle.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà débattu de la question. Dérembourser les médicaments dont l'efficacité n'est pas prouvée, ou, en l'espèce, dont il est prouvé qu'ils n'ont pas d'efficacité, c'est donner à l'assurance maladie des marges de manœuvre pour rembourser mieux les nouveaux médicaments innovants.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40

Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct

Amendements de suppression AS18 de Mme Marine Brenier, AS138 de M. Pierre Dharréville, AS266 de M. Didier Martin, AS387 de M. Joël Aviragnet, AS455 de Mme Valérie Six, AS534 de M. Thibault Bazin et AS809 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Marine Brenier. Il s'agit d'éviter de créer une forme de concurrence entre deux professions qui ont l'habitude de travailler ensemble depuis des années, à savoir les ophtalmologues et les orthoptistes. Les ophtalmologues suivent une formation de près de douze ans, contre six ans pour les orthoptistes. Il nous semble logique que la première prescription reste du seul ressort des ophtalmologues, comme le demandent de très nombreuses fédérations et associations de professionnels de santé. Cela nous paraît plus cohérent pour garantir aux Français une bonne santé visuelle.

M. Pierre Dharréville. L'article 40 risque de créer un système de santé à deux vitesses : il y aura ceux qui auront accès à un ophtalmologue, et les autres.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'efficacité de cette mesure au regard des objectifs poursuivis, puisque, en général, les orthoptistes sont situés dans les mêmes zones que les ophtalmologues.

Enfin, nous aimerions avoir des explications sur les discussions avec les parties concernées qui ont conduit le Gouvernement à prendre cette décision. J'espère que le rapporteur général pourra nous éclairer sur ce sujet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS387 constate que cet article ne répond pas au manque global de professionnels dans cette filière et qu'il se contente d'affecter certaines tâches à d'autres professionnels.

Mme Valérie Six. L'article 40 autorise des orthoptistes à prescrire des aides visuelles sans que les patients passent par l'ophtalmologiste. Le but serait de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous. Le Syndicat national des ophtalmologistes de France nous a expliqué que le rapport de 2018 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques était fondé sur des données de 2016 et 2017, comme le sait parfaitement le ministère. Or le délai d'attente, qui était de quarante-trois à soixante-six jours il y a deux ans, est désormais de vingt-huit jours au maximum. Autrement dit, la disposition n'est pas fondée sur des données actualisées.

De plus, la prescription de verres est la conclusion d'un examen clinique qui permet le dépistage de maladies. Il convient donc d'éviter des retards de diagnostic.

M. Thibault Bazin. Les nombreux amendements déposés sur cet article montrent que nous sommes encore loin du consensus. Il faut donc le retravailler.

Il existe un problème d'accès aux soins visuels, d'ailleurs variable selon les territoires : dans certains endroits, des solutions ont été développées, même si elles ne sont pas suffisantes. Quoi qu'il en soit, la réponse que vous proposez ne semble pas adaptée. D'abord, la démographie des ophtalmologistes va évoluer. Ensuite, contrairement à ce que vous aviez fait dans les précédents textes relatifs à la santé, vous ne mettez pas en avant la coopération entre les médecins et les professionnels paramédicaux. Surtout, le véritable enjeu est celui de la répartition. À cet égard, le risque d'une médecine à deux vitesses, pointé par Pierre Dharréville, doit particulièrement nous préoccuper : l'assurance maladie doit assurer l'accès à des soins d'une égale qualité sur l'ensemble du territoire.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de janvier 2020 montre que votre solution n'est pas la bonne et en préconise d'autres : accélérer les travaux de zonage spécifiques à l'ophtalmologie, attribuer une aide à l'investissement pour l'ouverture de cabinets secondaires en zones sous-dotées en ciblant bien, transformer les cabinets existants ou encore favoriser la coopération, notamment en encourageant le développement de protocoles organisationnels, tout

en mettant en place un roulement assurant la prise en charge par un ophtalmologiste des patients dont l'état pathologique dépasse le cadre de ces protocoles. J'ai eu l'occasion de constater que de telles coopérations fonctionnent bien. L'orthoptiste lui-même, quand il sent qu'il peut y avoir un problème, préfère, pour des questions de responsabilité, demander conseil à l'ophtalmologiste. Le rapport de l'IGAS fait aussi état de protocoles de téléexpertise entre orthoptistes et ophtalmologistes.

Pour toutes ces raisons, je vous invite vivement à réécrire l'article 40.

M. Jean-Pierre Door. L'article 40 permet aux orthoptistes de réaliser des bilans visuels sans que les patients aient consulté au préalable un ophtalmologiste et de prescrire des verres correcteurs. Cela pose problème, en termes à la fois de responsabilité médicale et de sécurité sanitaire dans la filière visuelle. Tous les médecins le savent, les yeux sont tous différents, quel que soit l'âge, et des problèmes sérieux peuvent se développer, comme l'hypertension oculaire ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Il faut donc être très prudent.

Même si nous préférierions la suppression complète de l'article, j'ai déposé un amendement de repli AS810 qui tient compte du manque d'ophtalmologistes : il propose que les orthoptistes et opticiens puissent renouveler la prescription d'un ophtalmologiste, mais dans un délai maximum d'un an. Au-delà, une nouvelle consultation spécialisée d'ophtalmologie serait nécessaire. Cet amendement a été approuvé par les professionnels de santé que nous avons rencontrés.

M. le rapporteur général. Je ne vous cacherai pas que j'ai moi-même quelques interrogations à propos de cet article. Sur sa portée réelle d'abord : en général, les orthoptistes et les ophtalmologues se trouvent dans les mêmes endroits, car ils travaillent ensemble. Ensuite, le texte permettrait un renouvellement itératif des prescriptions sans que le patient ait jamais été examiné par un ophtalmologiste, ce qui pose problème sur le plan de la santé publique et du dépistage de certaines pathologies visuelles potentiellement graves.

Cela dit, j'entends la volonté du Gouvernement d'améliorer l'accès aux soins en autorisant la primo-prescription par un orthoptiste. Par ailleurs, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS ») a déjà ouvert la possibilité pour les orthoptistes et les opticiens de renouveler la prescription d'un ophtalmologue dans les cinq ans, et de la réévaluer en cas d'évolution de la vue. Enfin, la seconde partie de l'article 40 comporte une disposition très intéressante sur le dépistage visuel des enfants par les orthoptistes. Les ophtalmologistes y sont unanimement favorables, ainsi que l'association M'T Yeux.

Je suis donc défavorable aux amendements de suppression, tout en vous proposant d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification, qui subordonne le renouvellement de la première prescription faite par un orthoptiste à la réalisation d'un bilan visuel par un ophtalmologue, selon des conditions fixées par décret – j'envisage pour ma part une durée maximale de cinq ans. Cette disposition

permettrait de maintenir l'équilibre trouvé dans la loi « OTSS », tout en ouvrant la primo-prescription aux orthoptistes.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'organisation de la prise en charge des patients doit être repensée. En l'occurrence, les orthoptistes ont suivi une formation d'au moins trois ans : ils ont des compétences, sur lesquelles on peut s'appuyer quand il s'agit de prescrire des corrections visuelles modérées. Ils savent également si une expertise complémentaire est nécessaire. Cela permettrait d'introduire plus de souplesse dans l'offre de santé. Les médecins ophtalmologistes font douze ans d'études : pour prescrire des lunettes ? Compte tenu de nos ressources, il faut savoir optimiser. Certes, la prescription de lunettes peut être l'occasion de déceler des pathologies, mais une bonne formation d'optométriste permet justement de savoir si une expertise complémentaire est nécessaire. Dès lors que nous réfléchissons à la délégation de certaines tâches dans les autres parties du champ médical, nous devons être ouverts à la proposition qui nous est faite ici. Dans ma circonscription, il faut plus d'un an pour obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologue !

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis choquée par ce que je viens d'entendre. C'est un peu comme si l'on disait qu'un médecin généraliste fait dix ans d'études pour soigner des angines.

Les orthoptistes approuvent-elles toutes la mesure ? Pour avoir entendu la position de certains syndicats, je ne le pense pas. Par ailleurs, la disposition soulève des questions de responsabilité : que se passerait-il si un orthoptiste ne découvrait pas une maladie parce qu'il n'a pas été formé pour cela ? Et elle ne fait rien gagner en termes d'équité territoriale, puisque, comme le disait M. le rapporteur général, l'orthoptiste et l'ophtalmologue travaillent souvent l'un à côté de l'autre.

Méfions-nous de ces glissements de tâches qui pourraient nous amener là où nous ne le souhaitons pas. Certes, les orthoptistes reçoivent une formation et ont un diplôme, mais les ophtalmologues ne font pas douze ans d'études pour prescrire simplement une première paire de lunettes : ils posent des diagnostics.

Dans les territoires, la collaboration entre orthoptistes et ophtalmologues fait l'objet d'expérimentations qui fonctionnent bien : continuons à développer ce système, validé à la fois par les orthoptistes et par les ophtalmologues.

Quant à votre amendement, monsieur Mesnier, il peut fonctionner, mais on ne saurait renvoyer à un décret pour la détermination du nombre d'années au bout duquel on doit consulter un ophtalmologue. Je ne voterai la mesure que si le délai est inscrit dans la loi, et fixé au maximum à deux ans après la première prescription – ce qui est déjà beaucoup.

Mme Stéphanie Rist. La question est de faciliter l'accès aux soins. Cet article est essentiel car il permettra d'obtenir plus rapidement des lunettes dans les endroits, et il y en a beaucoup, où l'on doit parfois attendre un an avant d'obtenir une

consultation avec un ophtalmologue. Or on connaît les conséquences d'un manque de lunettes, notamment sur l'apprentissage.

Chaque fois que nous discutons de l'élargissement des compétences des professions paramédicales, ressurgit la peur d'une médecine de mauvaise qualité. Il faut évoluer, nous avons changé de siècle ! Il faut élargir les compétences – ce serait nécessaire même s'il y avait assez d'ophtalmologues. Monsieur Bazin dit que ce sera bientôt le cas. Ce n'est pas ce que je constate dans mon territoire. Et quand bien même, alors que les ophtalmologues doivent maîtriser de plus en plus de nouvelles techniques et de nouvelles pathologies, doivent-ils continuer à prescrire des lunettes, en tout cas en première intention ? Je ne le crois pas.

Par ailleurs, Mme Firmin Le Bodo a raison : les orthoptistes et les ophtalmologues travaillent très souvent ensemble. Je l'ai constaté pour mes enfants : à l'issue de la consultation, l'orthoptiste imprime une ordonnance pour les lunettes que l'ophtalmologue signe, sans ajout particulier.

On peut faire confiance aux professionnels de santé. On peut faire évoluer les missions des orthoptistes, qui ont reçu une formation.

Mme Caroline Fiat. Non, un ophtalmologue ne fait pas douze ans d'études simplement pour prescrire des lunettes. Il fait des fonds de l'œil, mesure la tension artérielle oculaire, découvre des glaucomes, voire des cancers. Ces propos montrent un véritable mépris envers cette belle profession, qui fait un excellent travail. Je ne peux pas les laisser passer.

Par ailleurs, on observe aussi une pénurie d'orthoptistes dans certains territoires. C'est déjà la galère pour en trouver un quand on vous a prescrit des séances. Il ne faudrait pas que les nouvelles tâches qui vont leur être confiées rendent encore plus difficile d'obtenir des rendez-vous.

Mme Audrey Dufeu. Comme l'a rappelé Stéphanie Rist, cette disposition contribue à renforcer la place des professions paramédicales dans le parcours des patients. Elle pose aussi la question du modèle financier actuel. Ne nous voilons pas la face : les cabinets d'ophtalmologie sont extrêmement lucratifs. On y trouve parfois deux ou trois orthoptistes. Les patients défilent, à raison de 5 minutes chacun, l'ophtalmologue se contentant souvent de signer une ordonnance : ce sont les orthoptistes qui prennent du temps avec les patients. Si le besoin d'investigations supplémentaires est avéré, ils réorientent ces derniers vers l'ophtalmologue. Cela ne pose aucun problème.

Enfin, il faut faire attention à la sémantique. Je viens d'entendre une collègue demander : « *Les orthoptistes approuvent-elles toutes la mesure ?* » Mais tous les médecins ne sont pas des hommes et tous les paramédicaux ne sont pas des femmes ! Faire cet amalgame, c'est laisser entendre que cette répartition des compétences s'explique par des raisons sexistes.

M. Julien Borowczyk. Comme le rapporteur général, je suis partagé. La question principale, *in fine*, est celle de la responsabilité du praticien qui réalise l'acte. Nous en avons déjà parlé à propos de la pratique avancée. Il est vrai que, dans certains cabinets, les choses se passent comme Mme Dufeu les a décrites. Nous pourrions d'ailleurs préciser par amendement que les orthoptistes ne peuvent prescrire que s'ils exercent dans un cabinet, ou encore s'ils ont un accord avec une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Mais, au XXI^e siècle, il convient surtout de valoriser davantage la téléexpertise. L'enjeu dépasse évidemment le cas de l'ophtalmologie. L'orthoptiste pourrait effectuer l'acte de mesure puis recueillir à distance l'avis de l'ophtalmologue. Celui-ci endosserait la responsabilité, mais serait déchargé du travail de mesure. Cela favoriserait la coordination dont parlait M. Bazin. Car il a raison : il faut faire travailler les professionnels ensemble.

Je suis toujours inquiet quand on inscrit dans le marbre de la loi des décloisonnements, des basculements entre les professions. En l'espèce, cela va bouleverser la répartition des actes alors que la démographie médicale, actuellement catastrophique, va sans doute évoluer favorablement. Cela suppose aussi peut-être de compléter la formation des orthoptistes.

Bref, opérer de tels changements me paraît un peu dangereux, mais je reconnais en même temps que cela vise à répondre à un problème réel. Il arrive que des médecins généralistes soient amenés à signer des ordonnances de renouvellement de verres quand les patients sont allés voir un opticien... Le problème est en voie de résolution dans certains endroits, mais on est encore loin du compte.

M. Thierry Michels. D'abord, observons ce qui se passe dans d'autres pays. En Allemagne, on fait beaucoup plus confiance à l'ensemble des professionnels de santé, dans une optique de décloisonnement. Or, que je sache, les patients ne sont pas moins bien soignés là-bas qu'en France.

Ensuite, je préfère que les patients soient vus par un orthoptiste, qui sera en mesure de faire un premier diagnostic, quitte à les adresser à un ophtalmologue en cas de besoin, plutôt que de devoir s'inscrire sur de longues listes d'attente pour obtenir une consultation d'ophtalmologie.

Mme Valérie Six. Tout le monde comprend bien le problème de responsabilité qui se pose, de même que l'importance de la coordination entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste. Il ne faut pas oublier que les besoins ne sont pas les mêmes pour toute la population : la vue évolue beaucoup plus vite chez les jeunes et les plus âgés qu'entre les deux. Le primo-diagnostic ne saurait être réalisé par un orthoptiste : cela doit rester de la compétence de l'ophtalmologiste. En revanche, il peut s'occuper du renouvellement d'une prescription pendant un ou deux ans.

M. Jean-Pierre Door. Sans vouloir faire un cours de médecine ophtalmologique, je rappelle que l'orthoptiste a pour rôle de réaliser l'examen de la

réfraction. Il ne fait pas de bilan visuel – cet acte relève de l’ophtalmologiste. L’examen de la réfraction est d’ailleurs effectué à la demande de l’ophtalmologiste.

Vous avez raison de vous interroger sur le dispositif, monsieur le rapporteur général. Vous proposiez d’autoriser le renouvellement dans les cinq ans après la réalisation d’un bilan ophtalmologique. Je suis d’accord pour un an : au-delà, il faut un nouveau bilan ophtalmologique, pour vérifier si les verres sont suffisants. En effet, quel que soit l’âge, la vue peut changer en quelques mois.

Ces deux professions sont complémentaires, un peu comme les manipulateurs en radiologie et les radiologues : le manipulateur réalise l’examen mais n’interprète pas les clichés.

Quant à l’argument de la désertification médicale, les chiffres sur lesquels se fonde le dispositif datent d’il y a cinq ans. Il faut les revoir. Dans mon département, il faut compter vingt-six jours en moyenne pour obtenir un rendez-vous, et dans certaines villes il est possible d’en avoir un dans la semaine. Enfin, pourquoi ne pas autoriser les ophtalmologistes à ouvrir des cabinets secondaires ?

M. Thibault Bazin. Quand j’étais petit, je ne portais pas de lunettes. J’ai fait tous les dépistages prévus. Lors de mon premier rendez-vous chez un ophtalmologue, il a découvert que j’avais un strabisme divergent : il m’a envoyé chez un orthoptiste qui m’a guéri. Voilà un cas où il faut pratiquer le « en même temps » ! Les compétences des deux professions sont complémentaires, et leur coopération donne de bons résultats. Certains freins en la matière devraient d’ailleurs être levés : les contrats de coopération sont conclus pour trois ans et ne sont pas renouvelables, ce qui est trop limitatif.

Surtout, il faut se garder d’opposer les uns aux autres, au risque de voir perdurer les déserts médicaux. À cet égard, il ne faut pas perdre de vue que l’objectif est d’améliorer l’accès aux soins visuels. Or l’article 40 ne garantit aucunement une installation des orthoptistes dans les déserts médicaux. D’ailleurs, les orthoptistes sont beaucoup moins bien répartis sur le territoire que les ophtalmos. Pour le diagnostic, le dépistage et la prévention de maladies telles que le cancer de l’œil, la pression oculaire élevée, le glaucome ou encore la DMLA, les compétences des ophtalmologistes sont nécessaires sur l’ensemble du territoire. C’est un enjeu fondamental de santé publique.

Mme Stéphanie Rist. Je ne vois rien dans cet article qui interdise aux patients d’aller voir un ophtalmologue. On pourra prendre un rendez-vous avec un ophtalmologue, moyennant un an ou un an et demi d’attente, et entre-temps faire contrôler sa vue par un orthoptiste. Cela n’exclut pas non plus la coopération entre ces professions, qui d’ailleurs existe déjà. Ces dispositions vont tout simplement permettre de dégager du temps médical pour les ophtalmologistes et, ce faisant, d’améliorer l’accès aux soins. Quand une personne souffrant du dos se rend chez un ostéopathe, on ne se dit pas qu’il est dommage qu’elle n’ait pas pu voir tout de suite

un rhumatologue, qui a fait des études plus longues. Il existe des coopérations, et c'est tout à fait logique.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Si cet article nous est proposé, c'est parce qu'il existe un problème d'accès aux soins. Selon les territoires, on observe de grandes inégalités : dans certains endroits, il faut plusieurs mois pour obtenir une consultation. Cela s'explique notamment par une mauvaise répartition géographique.

Depuis plusieurs années, les ophtalmologues ont fait beaucoup de progrès dans l'organisation de la prise en charge des patients : c'est sans doute la profession médicale qui a fait le plus d'efforts dans ce domaine. Un certain nombre d'entre eux ont embauché dans leurs cabinets des orthoptistes salariés, ce qui leur permet de répartir les tâches. Il existe aussi des orthoptistes libéraux, ayant leur propre cabinet.

Pour ce qui est de la responsabilité, j'ai rencontré des orthoptistes : ils veulent bien l'endosser. Reste ensuite à s'occuper de l'assurance responsabilité civile.

La répartition géographique des ophtalmologues et celle des orthoptistes se calquent l'une sur l'autre. L'intérêt de l'article est de faire en sorte que des orthoptistes s'installent là où il n'y a pas d'ophtalmologues, donc en exercice libéral.

M. le rapporteur général. Je me réjouis que M. Bazin fasse la promotion du « en même temps ». Il s'ouvre de nouveaux horizons !

Le débat s'est focalisé sur la première partie de l'article, mais sa seconde partie contient des propositions plus consensuelles sur le dépistage des pathologies chez l'enfant, avec un nouveau programme M'T yeux, sur le modèle du dispositif M'T dents. Il y a donc un apport intéressant.

Ce qui se dégage, c'est la nécessité d'assurer une consultation de contrôle par un ophtalmologiste, à une échéance à préciser : un, deux, cinq ans... Je vous propose d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification dont je vous ai parlé, qui reprend les termes de la loi « OTSS » pour le renouvellement des prescriptions par les orthoptistes et les opticiens, e qui renvoie à un décret. S'il est adopté par la commission, cela permettra d'en débattre avec le ministre, qui pourra s'engager sur le délai dans lequel il sera nécessaire de revoir un ophtalmologiste et sur les tranches d'âge et les degrés de correction concernés. La représentation nationale sera ainsi éclairée et aura l'assurance que ce qui aura été dit sera bien appliqué par voie réglementaire.

Je renouvelle donc mon avis défavorable aux amendements de suppression et vous invite à voter l'amendement AS1104 deuxième rectification.

M. Thibault Bazin. Si les amendements de suppression ne sont pas adoptés, nous soutiendrons l'amendement du rapporteur général.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS909 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans certaines zones, les ophtalmologistes travaillent avec les orthoptistes et s'organisent pour résoudre les difficultés d'accès aux soins. Les orthoptistes salariés travaillent sous la responsabilité du médecin et établissent des ordonnances que ce dernier signe. Cela se pratique tous les jours.

Le but de cet amendement est d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées en ophtalmologistes, en autorisant la prescription ainsi que l'analyse de la vision et de la réfraction par les orthoptistes exerçant en libéral. Une autre solution serait de revaloriser la cotation des consultations d'orthoptie, tout en restant en dessous de celle d'un ophtalmologiste.

Dans sa rédaction actuelle, l'article n'aura aucune incidence sur l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

M. le rapporteur général. Cet amendement rendrait le dispositif peu lisible car la règle différerait selon les territoires. Par ailleurs, je ne suis pas favorable à ce que des professionnels de santé possédant le même diplôme et les mêmes compétences soient reconnus différemment selon l'endroit où ils se trouvent. Cela pourrait même être dénoncé comme une inégalité.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement est issu d'un rapport de l'IGAS et de mon rapport d'information sur l'organisation des professions de santé. Lorsque l'orthoptiste est salarié, il est lié à l'ophtalmologiste par un protocole de coopération, et travaille sous sa responsabilité. En libéral, l'orthoptiste porte seul la responsabilité. Votre argument ne tient donc pas, monsieur le rapporteur général.

Par ailleurs, les zones sous-denses dans les départements sont connues. Le dispositif est donc facile à instaurer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS267 de M. Didier Martin.

M. Didier Martin. L'amendement apporte une solution qui semble préférable à celles qui ont été avancées. Les orthoptistes sont formés à la correction des troubles de la réfraction – myopie, presbytie, astigmatisme. Ils assurent très bien leur mission, à la condition qu'une consultation d'ophtalmologie ait été réalisée préalablement : comme l'a dit à juste titre M. Door, c'est un gage de sécurité. Car c'est lors de la primo-consultation qu'il ne faut pas passer à côté d'un trouble. Si le strabisme du petit Thibault Bazin n'avait pas été repéré par un ophtalmologiste, celui-ci risquait l'amblyopie, c'est-à-dire une perte définitive de la vision. Or, chez un petit enfant qui ne sait pas lire, un tel diagnostic ne peut être fait que par un ophtalmologiste. De même, chez l'adulte, l'ophtalmologiste peut diagnostiquer toute maladie neuroévolutive ou immunitaire – diabète, glaucome, dégénérescence

maculaire – derrière un trouble visuel banal. En vous proposant la consultation ophtalmologique préalable, je vous propose la sécurité.

Je ne rejoins donc pas le rapporteur général. Il n'est pas raisonnable d'autoriser une primo-prescription avec l'hypothétique sécurité que l'ambulance passera, dans un ou dans cinq ans, si l'on est passé à côté de quelque chose. Autoriser la prescription par des orthoptistes peut rendre des services, mais certainement pas là où l'on manque d'ophtalmologistes. La sécurité ne serait alors pas assurée.

M. Thibault Bazin. Il serait peut-être bon de sous-amender l'amendement, pour ramener le délai dans lequel les orthoptistes peuvent intervenir à un an plutôt que trois. Cela rejoint la proposition de Jean-Pierre Door.

M. le rapporteur général. Ces sujets sont importants mais, pour la bonne tenue de nos débats, je vous invite à limiter vos interventions au temps imparti.

Adopter cet amendement conduirait à supprimer la primo-prescription : ce serait une régression par rapport à la loi « OTSS » de 2019, dont les textes réglementaires, à cause de la crise sanitaire, ont été adoptés seulement au printemps. Le délai passerait de cinq ans à trois ans. Mon avis est donc défavorable. Quant à votre proposition, monsieur Bazin, de grâce, nous n'allons pas recommencer à multiplier les amendements qui ne diffèrent que de quelques mois, comme cela a été fait sur les retraites !

Je vous propose à nouveau d'adopter l'amendement AS1104 deuxième rectification. Il renforce le cadre de l'article 40, comme nous le souhaitons tous, et nous permettra d'obtenir des engagements du ministre en séance.

M. Didier Martin. Pouvez-vous préciser que la primo-prescription revient bien à l'ophtalmologiste, non à l'orthoptiste ? J'ai l'impression que vous voulez que l'orthoptiste prescrive avant la consultation médicale, ce qui me paraît aller à l'encontre du bon sens et de la sécurité.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1104 deuxième rectification du rapporteur général.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'article prévoit que les orthoptistes puissent prescrire dans certaines situations. Or cet amendement n'évoque que le renouvellement ou l'adaptation d'une prescription précédente, ce qui n'est pas la même chose. Pouvez-vous clarifier ce point ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement améliore-t-il l'accès aux soins dans les zones sous-denses ?

M. Thibault Bazin. En effet, ni l'article 40 ni l'amendement du rapporteur général ne garantissent l'accès aux soins dans les zones sous-denses. Mme Firmin Le Bodo l'a dit, le délai de cinq ans pose un problème. Pour certaines maladies de

l'œil, c'est une éternité. Un bilan visuel est nécessaire beaucoup plus tôt. Il faut l'inscrire dans le texte, pas dans un décret, au risque que ces dispositions à long-ue ne fassent perdre la vue.

Mme Jeanine Dubié. Le décret portera-t-il seulement sur la durée, ou fixera-t-il d'autres conditions ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je n'ai pas tenu certains des propos qui m'ont été attribués. Je n'ai pas dit qu'un ophtalmologiste fait douze ans d'études pour prescrire des lunettes. Nous avons des ressources, dont certaines doivent rester dans le champ de l'expertise. Un optométriste suit une formation de trois ans. Peut-être faudrait-il l'enrichir, mais cela lui permet de déterminer si une expertise est nécessaire. Se priver de ces compétences pose problème.

Tout médecin peut prendre la tension oculaire pour dépister un glaucome – je l'ai fait, il n'est pas besoin d'être ophtalmologiste pour cela. D'autres outils existent, notamment pour les fonds d'œil, qu'il faut utiliser. La technologie avance. Le savoir des ophtalmologistes est de plus en plus pointu. Utilisons leurs compétences, leur précieuse expertise à bon escient !

M. le rapporteur général. Monsieur Isaac-Sibille, cet amendement ne répond ni plus ni moins à la question des territoires sous-dotés que la rédaction actuelle de l'article 40. En revanche, il lui donne un cadre, en imposant des consultations régulières. Un patient ne doit pas pouvoir vivre vingt ou trente ans avec seulement des corrections itératives, sans consulter d'ophtalmologiste : ce serait un non-sens en termes de santé publique.

Monsieur Bazin, vous avez dit que si les amendements précédents n'étaient pas adoptés, vous soutiendriez mon amendement : sentez-vous libre de le faire !

Madame Dubié, je propose de fixer par décret le délai dans lequel un orthoptiste peut renouveler une primo-prescription, y compris réalisée par un orthoptiste. Au-delà de ce délai, il faut consulter un ophtalmologiste. Cette précision était absente de l'article.

La rédaction du Gouvernement prévoit aussi de fixer par décret les critères d'âge des patients – le rapport de l'IGAS dans lequel le Gouvernement a puisé l'idée de l'article évoque une tranche de 18 à 42 ans – et les degrés de correction concernés. Des précisions sont nécessaires sur ce point.

Ma proposition est conforme à ce que nous avons voté il y a deux ans dans la loi « OTSS ». Nous avons alors eu en séance publique l'engagement qu'il s'agirait d'une période de cinq ans. Les textes réglementaires ont été pris au printemps. Aussi, je vous propose d'adopter l'amendement.

M. Didier Martin. Aucun décret ne couvrira la perte de chances d'un patient dont l'orthoptiste sera passé à côté d'une pathologie. Ce sera sa responsabilité pleine et entière, et il sera indéfendable.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS810 de M. Jean-Pierre Door **tombe**.*

*La commission **adopte** l'article 40 **modifié**.*

Article 41

Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectués par les masseurs-kinésithérapeutes

Amendement AS582 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Les masseurs-kinésithérapeutes ont la possibilité de renouveler les prescriptions médicales initiales de moins d'un an, sauf indication contraire du médecin et dans le cadre d'un renouvellement. Cet amendement propose que ce renouvellement ne puisse avoir pour effet de prolonger les soins du patient de plus d'un an. L'intérêt du parcours de soins coordonnés, c'est de pouvoir faire appel aux compétences complémentaires des deux professions.

M. le rapporteur général. L'article 41 transpose les dispositions de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification proposée par notre collègue Stéphanie Rist, et les intègre dans le champ conventionnel. Laissons aux négociations conventionnelles le soin de déterminer les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements de prescriptions par les masseurs-kinésithérapeutes.

Je vous invite donc à retirer l'amendement. À défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 41 **non modifié**.*

Après l'article 41

Amendements AS354 de M. Joël Aviragnet, AS222 de M. Pierre Dharréville, AS353, AS350 et AS351 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS354 vise à instaurer le conventionnement territorialisé des médecins, qui existe déjà pour les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les chirurgiens-dentistes. C'est la énième fois que nous le demandons. Nous avons déposé des propositions de loi à ce sujet. La démographie médicale est la principale préoccupation de nos concitoyens. Sans accès aux soins de premier recours, on risque un retard de diagnostic et quand on va consulter le spécialiste, il est trop tard.

Les amendements AS353, AS350 et AS351 sont des amendements de repli. Nous proposons notamment de contraindre les médecins, dans les cinq années qui suivent leur diplôme, à exercer au moins un jour par semaine dans les zones sous-dotées.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement concerne le conventionnement sélectif, que j'ai exposé à la commission à plusieurs reprises. Compte tenu de l'extension des déserts médicaux, il apparaît nécessaire de prendre des mesures de régulation. Nous proposons qu'un médecin ne puisse s'installer dans une zone surdense que lorsqu'un confrère y cesse son activité. C'est une forme de régulation minimale, mais nécessaire dans la situation actuelle.

M. le rapporteur général. C'est en effet la « énième fois » que le groupe Socialistes et apparentés dépose de tels amendements lors de la législature. Je remarque qu'ils ne l'avaient pas été entre 2012 et 2017, ou du moins que la majorité ne les avait pas votés.

Ces amendements soulèvent des difficultés. Nous en avons débattu à de nombreuses reprises depuis 2017. Certains pays ont instauré le déconventionnement sélectif : les médecins continuent à s'installer là où ils le souhaitent, et les patients à les consulter. Le résultat est plutôt une inégalité d'accès supplémentaire, pour des raisons financières. C'est une mauvaise réponse à un problème réel.

Je préfère poursuivre dans la logique qui est la nôtre depuis 2017, avec de véritables politiques d'incitation et un travail avec les jeunes générations. Nous avons déployé le contrat d'engagement de service public, ainsi que de nouveaux contrats, plus lisibles, d'installation en libéral. En outre, les zonages permettent d'accéder à certaines aides à l'installation. D'autres mesures visent à gagner du temps médical, notamment le dispositif voté dans le cadre d'un exercice coordonné. Je pense aussi à la création du métier d'assistant médical, au déploiement de la téléconsultation ou de protocoles avec les professionnels de santé. Sans compter la suppression du numerus clausus qui permettra, à plus long terme, de disposer de davantage de médecins dans le territoire.

Avis défavorable.

Mme Gisèle Biémouret. Monsieur le rapporteur général, vous me donnez la même réponse que la ministre de la santé Marisol Touraine dans la précédente législature !

M. Boris Vallaud. Dans les années 1990, il y avait trois mois de différence d'espérance de vie entre un hyper-urbain et un hyper-rural. Aujourd'hui, la différence est d'un an et trois mois : les problèmes ne se posent pas avec la même acuité d'une législature à l'autre, et il n'est jamais interdit de faire des progrès. Cela explique aussi que Léon Blum n'ait pas instauré les 35 heures, mais les 40 heures.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS221 de M. Pierre Dharréville et AS344 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. Mon amendement vise à encadrer les dépassements d'honoraires que peuvent pratiquer les médecins conventionnés en secteur 2, à hauteur de 30 % du tarif opposable. Selon un rapport de la Cour des comptes de novembre 2017, le taux moyen du dépassement pratiqué est de 56 %. De tels dépassements, qui représentent plus de 2,5 milliards d'euros chaque année, renchérissent le coût d'accès à la santé pour les assurés et celui de leur complémentaire, lorsqu'elle les prend en charge. Dans les faits, ils interdisent l'accès à certaines spécialités et accroissent les inégalités de santé. Il faut y remédier.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS344 plafonne les dépassements d'honoraires à 50 % du tarif opposable.

M. le rapporteur général. C'est encore un débat que nous avons eu lors de la discussion de la loi « OTSS » en 2019. Je partage vos inquiétudes quant aux dépassements d'honoraires qui sont parfois pratiqués. Je ne suis toutefois pas favorable aux amendements, qui risqueraient d'entraîner un déconventionnement massif, avec les effets que je dénonçais tout à l'heure. Je crois davantage au mouvement de contractualisation engagé depuis plusieurs années. La dynamique enclenchée par le déploiement du dispositif « option de pratique tarifaire maîtrisée » en 2017 a porté ses fruits, au moins en partie. Le taux moyen de dépassement des honoraires constatés en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 a diminué de 8,9 points par rapport à 2010.

Aujourd'hui, les directeurs de caisse ont la possibilité de prononcer des sanctions, telles que la suspension du droit de dépassement ou le déconventionnement, en cas de pratique tarifaire excessive. Peut-être de telles sanctions doivent-elles être mieux appliquées.

M. Pierre Dharréville. Certains dépassements semblent exorbitants, surtout dans un contexte de pénurie et de déserts médicaux. Les mesures existantes sont insuffisantes.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS343 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS980 de M. Philippe Vigier.

Mme Michèle de Vaucouleurs. C'est l'amendement de la juste mesure. Il veut obliger à négocier, dans le cadre de la convention nationale entre les médecins et l'assurance maladie, sur la contribution des médecins à la réduction des inégalités

territoriales dans l'accès aux soins. Devant le défi que représente la désertification médicale de certains territoires, il paraît cohérent que la convention médicale se saisisse de la question dans son processus de négociation multipartite. Il ne s'agit pas d'envisager le conventionnement sélectif, ou tout autre dispositif coercitif, mais de faire en sorte que, dans les espaces de discussion avec l'assurance maladie, les médecins se saisissent de la question de l'offre de soins dans le territoire.

M. le rapporteur général. Il existe déjà des espaces de discussion avec l'assurance maladie et les agences régionales de santé (ARS). Le contrat d'aide à l'installation des médecins, que nous avons réformé il y a deux ans, et le contrat d'engagement de service public (CESP) peuvent donner lieu à des discussions dans les territoires sous-dotés. Une cartographie est remise aux jeunes médecins qui ont conclu un CESP.

Je vous suggère donc de retirer l'amendement. Sinon, l'avis sera défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1100 de la présidente Fadila Khattabi.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Le présent amendement a été inspiré par un scandale sanitaire dans un centre de santé dentaire de ma circonscription – il pourrait aussi survenir dans d'autres territoires. Il ne s'agit en aucun cas de jeter l'opprobre sur les centres dentaires, dont la grande majorité réalise un travail de qualité et qui sont importants dans le dispositif d'accès aux soins. J'ai toutefois pu constater de graves dérives et manquements, qui ont laissé dans la détresse de très nombreux concitoyens. Le collectif de 138 victimes du centre Proxidentaire à Chevigny-Saint-Sauveur rapporte pratiques défectueuses, surtraitements, surfacturations et mutilations. À titre d'exemple, des personnes à qui l'on devait extraire une dent en ont perdu quatorze. Certaines se sont retrouvées édentées, en grande souffrance physique et psychologique, avec des douleurs à la mâchoire et des migraines incessantes dues à la pose d'appareils inappropriés. Il est inacceptable que nous laissions de telles pratiques se produire dans notre pays.

Le présent amendement vise d'abord à renforcer les possibilités d'action de l'assurance maladie. Il met fin au conventionnement d'office appliqué jusqu'à présent pour les centres de santé et réserve le bénéfice de la subvention dite « Teulade » aux seuls centres conventionnés. Le conventionnement prévoit en effet un contrôle des actions et engagements des établissements : la majorité des centres frauduleux ne sont pas conventionnés.

L'amendement vise ensuite à accroître les moyens de sanction dont dispose le directeur général de l'ARS, en créant une amende administrative d'un montant maximal de 150 000 euros, assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour. Les recettes des sanctions seront affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), afin d'assurer une continuité de traitement aux victimes de préjudices résultant des pratiques déviantes dénoncées. Cette disposition a été préconisée par la CNAM.

M. le rapporteur général. Les centres de santé ont pour but de renforcer l'accès aux soins de premier recours, en assurant des soins de qualité avec une prise en charge financière favorable pour les patients. La multiplication des dérives met en péril l'objectif et jette le doute sur ces centres qui, dans leur grande majorité, suivent les règles de l'art et prennent correctement en charge nos concitoyens.

Compte tenu de l'expérience rapportée et des nombreux contentieux entre les centres dentaires et la CNAM, je suis très favorable à l'amendement, qui permettra de lutter plus efficacement contre de telles dérives et de mieux indemniser les victimes.

M. Jean-Pierre Door. C'est un scandale. La situation que Mme la présidente a décrite, et que j'ai rencontrée dans une moindre mesure dans ma circonscription, est une honte pour les professionnels de santé. L'assurance maladie doit engager des poursuites judiciaires auprès du procureur de la République, qui saisira le Conseil de l'ordre des médecins et le tribunal des affaires de sécurité sociale. Il faut aller plus loin que les sanctions financières, et notamment interdire l'exercice. Nous soutenons cet amendement.

M. Thibault Bazin. Je vous remercie de votre amendement, sur un sujet que je défends depuis trois ans. J'avais d'ailleurs déposé une proposition de loi et des amendements sur de précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), qui ont été balayés en séance. Je me réjouis que la question soit à nouveau débattue, même s'il est regrettable que cela soit après des scandales.

Les problèmes se trouvent à la fois dans la qualification et les abus de prescription. Il faut réguler les centres de santé, notamment dentaires. Vous le faites *a posteriori* mais il serait bon d'agir en amont, avec des agréments. En effet, les règles déontologiques des professionnels de ces centres diffèrent : certains transmettent leurs qualifications tardivement, ou alors on ne peut être assuré que ce sont eux qui sont présents sur les lieux – ils peuvent être déclarés dans plusieurs centres... Les ordres doivent mener un important travail pour vérifier les qualifications. Encore faut-il qu'ils disposent d'éléments, ce qui est difficile. Il faudrait croiser leurs données avec celles de l'assurance maladie et de l'ARS.

De tels centres se multiplient aussi en matière d'ophtalmologie et d'imagerie médicale. Il y a des centres ouverts même le dimanche où les patients reçoivent des rayons sans cause valable... Le directeur général de l'assurance maladie suit une centaine de centres. En juillet, douze avaient déjà été poursuivis au pénal. Il faut aller plus loin et accepter d'autres amendements afin de renforcer l'arsenal sur les agréments et les qualifications.

M. Didier Martin. Ce fait divers dramatique n'est hélas pas un cas isolé et d'autres drames, dans d'autres spécialités, comme la gynécologie, ont pu se produire. Or les sanctions n'existent pas. Nous devons combler ce vide, en prévoyant des pénalités ou la suspension de l'activité par l'ARS. La justice doit être saisie.

Il faut aussi penser aux victimes, qui sont souvent des personnes vulnérables. Beaucoup d'entre elles sont couvertes par la protection universelle maladie (PUMA). On leur a fait miroiter que les opérations ne leur coûteraient rien, et elles se retrouvent mutilées, gravement atteintes dans leur personnalité. Elles ont besoin d'une réparation. Il ne faudra pas attendre pour agir que la justice, dont on connaît les délais, suive son cours, car il en va de leur avenir. Certaines sont au bord du suicide. Adoptons donc cet amendement à l'unanimité.

M. Philippe Chalumeau. Je salue votre volonté de vous attaquer à ce problème. Il est important que notre commission s'en saisisse. J'espère que cet amendement sera adopté à l'unanimité. Nos concitoyens le méritent.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Merci pour votre amendement. Nous avons tous connu des scandales comparables dans nos circonscriptions.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'ARS de Bourgogne-Franche-Comté a réagi rapidement. Le centre est fermé, tout comme celui de Belfort. Des poursuites judiciaires ont été engagées et la CNAM s'est engagée à garantir la continuité des soins pour les victimes.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendements AS961 de M. Philippe Vigier et AS1057 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune).

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit par l'amendement AS961 d'expérimenter l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie lorsque le professionnel exerce dans une structure de soins coordonnés.

Mme Stéphanie Rist. Pour fluidifier le parcours des patients, améliorer l'accès aux soins et éviter les retards de prise en charge, je propose d'expérimenter un accès direct aux soins de kinésithérapie sans prescription dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné. Cette formule permettrait de libérer du temps médical et de réaliser des économies, comme cela a pu se vérifier dans d'autres pays qui le pratiquent.

M. le rapporteur général. J'ai déjà eu l'occasion, dans nombre de rapports depuis 2018, d'expliquer en quoi l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pourrait être pertinent pour un certain nombre d'actes. Cette expérimentation va dans le sens des protocoles de coopération, votés dans la loi « OTSS » de 2019. Je préfère l'amendement AS1057 en ce qu'il permettrait de mener l'expérimentation dans davantage de départements. Je n'exclus pas de préciser certains points avec vous d'ici la séance.

*La commission **rejette** l'amendement AS961, puis **adopte** l'amendement AS1057.*

Amendements AS967 de M. Philippe Vigier et AS1059 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune).

Mme Stéphanie Rist. Il s'agit d'expérimenter l'accès direct pour les patients aux soins pratiqués par les orthophonistes lorsque ces derniers exercent dans une structure de soins coordonnés. Depuis 2002, le médecin ne prescrit plus les séances et l'orthophoniste décide de la durée des traitements. Pour autant, les dépenses de soins en orthophonie n'ont pas explosé et 30 % des bilans ne sont pas suivis d'une rééducation. Cette mesure devrait améliorer l'accès aux soins.

M. le rapporteur général. Comme le précédent, votre amendement va dans le sens de la disposition que nous avons adoptée dans votre proposition de loi, madame Rist. J'y suis favorable, sans exclure de lui apporter quelques précisions techniques, et demande donc le retrait de l'amendement AS967.

La commission rejette l'amendement AS967, puis adopte l'amendement AS1059.

Amendement AS1042 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. Cet amendement vise, à titre expérimental, à permettre aux médecins généralistes d'accéder à titre gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, au sein de leur espace numérique, pour améliorer la pertinence des prescriptions.

M. le rapporteur général. Je partage votre préoccupation. Je me demande néanmoins si une expérimentation est adaptée – mais l'article 40 ne vous laissait pas le choix...

Avis favorable, en espérant donc que le Gouvernement élargisse votre proposition en séance.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1092 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Il s'agit encore d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires, qui peuvent priver les personnes défavorisées de consultations de spécialistes.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 42

Généralisation d'expérimentations en santé

La commission adopte l'article 42 non modifié.

Après l'article 42

Amendement AS540 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Albane Gaillot. Bien que l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 vise à favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre déficitaire, il persiste des situations où les expérimentations en ce sens ne peuvent pas être accompagnées.

Dans les Alpes-de-Haute-Provence, une permanence de soins ambulatoires est assurée par des infirmiers et infirmières libéraux connectés au centre 15, qui interviennent là où un déficit territorial persiste sur les plages de garde. Ils se déplacent et réalisent les actes de télémedecine ainsi que les gestes de premier secours, en relation avec le médecin du centre 15. Malgré leur engagement, ces professionnels de santé ne peuvent pas bénéficier d'une juste tarification de leurs actes car il n'existe pas d'acte de permanence des soins en ambulatoire pour les infirmiers et les infirmières.

Cet amendement tend donc à élargir à la permanence des soins le périmètre de l'article 51, afin d'intégrer ce genre de situations.

M. le rapporteur général. Un mot d'abord de l'article 42, que nous venons de voter sans discussion et qui est fondamental : il généralise une expérimentation sur la prévention de l'obésité chez les enfants et le dépistage massif du VIH, sans ordonnance et sans avance de frais.

Pour ce qui est de l'amendement, les expérimentations de l'article 51 de la loi « OTSS » doivent déjà permettre de développer les modes d'exercice coordonné, en participant à la structuration des soins ambulatoires, et de favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Votre amendement est donc satisfait et je vous invite à le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS142 de M. Guillaume Chiche.

Mme Albane Gaillot. L'amendement vise à prévoir un accompagnement de proximité pour les jeunes parents dès la sortie de la maternité. Il reprend la pétition lancée en mars 2020 sur le site *change.org*, signée par près de 15 000 personnes, réclamant des mesures urgentes pour améliorer le post-partum, notamment une assistance de puériculture à domicile formée aux enjeux du post-partum, présente chaque jour pendant une durée fixée par décret. Il s'agit de mettre en place un accompagnement global de la mère et du nouveau-né.

M. le rapporteur général. Je vous remercie de soulever le sujet du post-partum. C'est en en parlant que nous briserons les tabous et que nous pourrons

avancer. Les dépressions concerneraient 13 % des mères. Les causes sont multiples mais la fatigue de l'accouchement et des soins à prodiguer au nouveau-né peuvent en expliquer une grande partie.

Nous avons déjà fait beaucoup, notamment avec l'allongement du congé de paternité, mais aussi avec l'entretien postnatal précoce et les mesures relatives à la protection maternelle et infantile. Une expérimentation du référent parcours périnatalité, le RéPAP, a été lancée en août dans le cadre du fameux article 51. Elle vise à construire un parcours personnalisé de périnatalité coordonné autour de la période des 1 000 premiers jours. Elle concernera environ 6 000 femmes volontaires dans quatre territoires – 1 500 en Guyane et dans l'Essonne, 2 500 dans la Drôme et 500 en Touraine.

Je ne vois pas ce qu'apporteraient les expérimentations que vous proposez. Retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS143 de M. Guillaume Chiche.

Mme Albane Gaillot. Les femmes touchées par la dépression post-partum étant souvent isolées, l'allongement du congé de paternité n'est pas forcément une réponse.

Dans de nombreux pays, le post-partum est une période à part. La femme qui vient de mettre au monde son enfant est prise en charge de façon globale sur un temps plus ou moins long. Il est aujourd'hui nécessaire qu'en France, les femmes qui accouchent bénéficient d'un post-partum de proximité et appuyé.

L'accompagnement post-partum est une question de santé publique largement ignorée. On commence à peine à en parler. Elle constitue, au même titre que la grossesse, une phase à risque pour la santé mentale des femmes. Elle est cruciale dans la construction du lien entre la mère et l'enfant.

Cet amendement vise à instaurer un forfait de soins physiques et thérapeutiques pour les mères. Un décret définira le nombre d'heures et la durée.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable. Par ailleurs, vous visez des soins pour les mères qui sont directement pris en charge par la sécurité sociale sans qu'il soit besoin de passer par le Fonds d'intervention régional (FIR) et encore moins par une expérimentation.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS991 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il s'agit d'expérimenter – puisque l'article 40 de la Constitution ne permet pas une prise en charge directe – durant trois

ans et dans deux régions, un dispositif d'aides financières non pérennes pour soutenir les professionnels qui prennent en charge les mineurs exposés aux violences conjugales.

Une aide spécifique existe pour les mineurs victimes d'infractions sexuelles, qui sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'un protocole de soins. Or, les enfants qui vivent dans un climat de violences conjugales sont aussi des victimes. Selon les professionnels, les violences psychologiques qu'ils subissent entraînent souvent un syndrome de stress post-traumatique qui peut être assimilé à celui des enfants en zone de guerre.

Cette mesure améliorerait la prise en charge de ces enfants, y compris du point de vue de la prévention puisqu'ils sont sujets au développement par exemple de tendances suicidaires ou de comportements agressifs ou victimaires.

M. le rapporteur général. Le sujet est grave. Il faut sans doute encore renforcer la formation des professionnels de santé et les campagnes de prévention. Les professionnels de santé ne sont d'ailleurs pas les seuls concernés : il y a bien d'autres intervenants dans la chaîne de la prise en charge.

Toutefois, il ne me semble pas pertinent de prévoir un financement qui passe par le FIR. Une action plus globale, comme celle que nous menons depuis 2017, est préférable. Retrait, ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1008 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Le ministère des solidarités et de la santé mène des négociations avec les transporteurs sanitaires afin de prendre en compte la transformation profonde des besoins de transport sanitaire en urgence ou en soins programmés et l'évolution nécessaire de la tarification, sans oublier le cas de nos citoyens en grande obésité.

Suite à l'adoption d'un amendement que j'avais présenté l'année dernière avec Annie Vidal, un rapport doit être présenté.

Hélas, cela n'avance pas assez vite. Il manque des éléments pour définir le nombre d'ambulances spécifiques et les moyens humains nécessaires pour répondre aux besoins et couvrir l'ensemble du territoire. La tarification n'est pas adaptée pour les personnes à fort indice de masse corporelle, qui sont souvent incapables de se déplacer seules, ce qui fait obstacle à leur accès effectif au système de santé.

Par conséquent, cet amendement vise à mener des expérimentations financées par le FIR pour trouver des solutions. J'ai déposé un autre amendement à l'article 56. Espérons que ce PLFSS sera l'occasion de régler le problème.

M. le rapporteur général. C'est un sujet important, suivi sur l'ensemble des bancs. Le ministre a déjà donné certaines réponses lundi au cours de son audition.

La prise en charge des transports bariatriques ne doit pas faire l'objet d'une expérimentation mais de travaux conduits à l'échelon national et dans chaque ARS, pour garantir l'égalité de traitement. Le lancement d'expérimentations dans les régions ne ferait que retarder ce processus car il faudrait attendre leur évaluation pour avancer.

Deux leviers doivent être actionnés : celui de l'offre, accompagné d'une estimation des besoins en véhicules spécialisés et de leur répartition dans le territoire, et celui du financement pour compenser les éventuels surcoûts.

La CNAM et les transporteurs sanitaires doivent encore préciser la définition du transport bariatrique et affiner la connaissance de l'offre et des financements qui existent. Les négociations conventionnelles pourront ensuite aboutir sur la base de ces données. Je vous invite à retirer cet amendement pour mieux en discuter avec le ministre en séance.

M. Thierry Michels. Les négociations prennent beaucoup de temps. Les expérimentations permettraient d'avancer.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS453 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. L'article 60 de la LFSS 2020 prévoit que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'instauration de la nouvelle tarification des transports bariatriques, dans le cadre du renouvellement de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie telle que prévue à l'article L 322-5-2 du code de la sécurité sociale. Les conclusions devaient être rendues en décembre 2020. Nous les attendons encore, ce qui empêche la prise en charge des frais de transport en ambulance bariatrique.

M. le rapporteur général. Puisque nous avons déjà adopté une demande de rapport l'année dernière, il ne me semble pas opportun de recommencer. Le rapport doit être remis et le ministre y a été sensibilisé. L'amendement qui vient d'être adopté permettra de lui en parler à nouveau en séance.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS243 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Les associations de familles des enfants autistes, souffrant de troubles spécifiques du langage et des apprentissages ou d'autres

troubles du neurodéveloppement, connaissent des difficultés dans le parcours bilan et intervention précoce instauré par la LFSS 2019.

Ce n'est pas la mesure qui est remise en cause mais sa mise en œuvre. En effet, l'article 62 de la LFSS 2019 dispose que le bilan, pris en charge par l'assurance maladie, est coordonné par une plateforme de coordination et d'orientation (PCO). La structure porteuse de la plateforme est un établissement ou service sanitaire ou médico-social qui a conclu une convention de partenariat avec une ou plusieurs structures sanitaires ou médico-sociales de son territoire. Elle peut associer un ensemble d'acteurs formés. Elle applique les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) comme des centres d'action médico-sociale précoce, des centres médico-psychologiques, des centres médico-psychopédagogiques, des centres hospitaliers et des services d'éducation spéciale et de soins à domicile. Des professionnels libéraux peuvent être associés et certains, comme les ergothérapeutes, psychomotriciens ou psychologues, doivent contractualiser avec la PCO pour que leur intervention soit prise en charge par l'assurance maladie.

Cette structuration autour du médico-social peut être problématique, notamment lorsqu'interviennent des libéraux qui n'ont pas contractualisé avec la PCO : dans ce cas, les familles doivent prendre à leur charge une partie des soins.

Si toutes les CPTS ne sont pas prêtes pour porter une telle plateforme, il serait intéressant de permettre à celles qui le sont de le faire, dans le cadre d'une expérimentation. La CPTS devrait, dès lors, s'associer aux structures médico-sociales locales et pourrait coordonner et orienter les enfants et leurs familles au cours du bilan.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà prévu dans la LFSS 2020 un dispositif spécifique destiné à structurer les parcours de bilan et d'intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement. Nous en sommes au début, laissons-lui un peu de temps. L'organisation autour de structures médico-sociales présente des inconvénients mais aussi des avantages pour ce qui est de la capacité à structurer un parcours.

Nous avons fait ce choix car ces structures avaient le niveau de proximité le plus adéquat et étaient les plus à même de jouer un rôle de référent et de coordonnateur. Par ailleurs, mieux vaut laisser les CPTS se structurer sur leurs missions socles – accès aux soins, prévention, structuration de parcours. Rien ne les empêchera de demander des financements du FIR si elles souhaitent s'engager dans des projets plus complexes ou spécifiques.

Retrait ou avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu. Cet amendement répond à une forte demande des associations.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS482 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Le cancer de la prostate est un enjeu de santé majeur. Pas moins de 50 400 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Il est au premier rang des cancers chez l'homme, devant les cancers du poumon et du côlon-rectum. Il représente 25 % de l'ensemble des cancers incidents masculins et cause 8 100 morts chaque année, soit un décès par heure. Il représente une menace vitale pour les hommes de plus de 50 ans s'il n'est pas diagnostiqué tôt et efficacement pris en charge.

Au-delà du caractère inacceptable du fait de laisser se développer un cancer curable, le coût est considérable pour notre société. Ainsi, le traitement d'un patient diagnostiqué au stade des métastases varie entre 150 000 et 300 000 euros pour une espérance de vie de trois ou quatre ans.

Aucune prévention n'est possible aujourd'hui car la cause reste inconnue, même si des facteurs de risque ont été découverts, en lien avec l'hérédité ou l'origine ethno-géographique. Il n'existe pas de politique de dépistage en France.

Le dosage du PSA est pratiqué si l'homme concerné le souhaite. Le diagnostic à un stade précoce est fondamental pour réduire la mortalité par le cancer de la prostate car il n'est curable qu'au début de son évolution. Cet amendement tend, par conséquent, à proposer un dépistage automatique de ce cancer dès l'âge de 50 ans.

M. le rapporteur général. Vous avez assisté à l'audition autour du thème du dépistage du cancer de la prostate qui s'est tenue en commission il y a quelques semaines : selon la HAS et l'Institut national du cancer (INCa), les données disponibles ne plaident pas pour un dépistage systématique. Il ne fait pas davantage consensus chez les professionnels de santé. Plutôt qu'une expérimentation, demandons à la HAS et à l'INCA d'actualiser leurs recommandations sur le sujet et d'établir un nouvel état des données scientifiques disponibles.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1010 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Dans le cadre des travaux de Julien Dive et Marie Tamarelle-Verhaeghe pour la mission d'évaluation sur l'alimentation saine et durable, la Cour des comptes a insisté sur la nécessité de renforcer la lutte contre l'obésité et les mesures de prévention. Les expérimentations destinées aux enfants donnent de bons résultats, en particulier le dispositif « Mission : retrouve ton cap », qu'il est proposé de généraliser dans ce PLFSS.

Pour les adultes, un forfait global de prise en charge pourrait structurer leur parcours et leur permettre d'accéder à certaines prestations, comme la consultation

chez un nutritionniste ou un psychologue. D'où les expérimentations que nous proposons pour permettre au FIR de financer des parcours d'accompagnement de l'obésité, ce problème majeur de santé publique.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait. L'obésité est un des domaines qui motivent le plus d'expérimentations au titre de l'article 51 de la loi « OTSS ». Du reste, l'article 42 du PLFSS prévoit de généraliser le dispositif « Mission : retrouve ton cap ».

Retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS242 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Audrey Dufeu. Les cancers féminins et leurs traitements peuvent avoir des conséquences sur la sexualité. L'Organisation mondiale de la santé considère que la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé et du bien-être des individus. Si l'État s'est interrogé sur le remboursement aux hommes des produits destinés à soigner les dysfonctionnements érectiles à la suite des cancers, il ne l'a jamais fait pour les produits qui pourraient améliorer la santé sexuelle des femmes dans la même situation.

Cet amendement demande au Gouvernement un rapport sur l'ouverture au remboursement par la sécurité sociale des traitements qui favorisent le retour à une vie sexuelle normale pour les femmes à la suite d'un cancer hormono-dépendant ou de la zone pelvienne. Il faut non seulement lever le tabou de la sexualité des femmes mais surtout s'interroger sur cette discrimination.

M. le rapporteur général. Vous soulignez que ces traitements, notamment les traitements non hormonaux, reçoivent des avis négatifs de la HAS. Plutôt qu'un rapport, auditionnons-la ! Si ces traitements ne sont pas remboursés, peut-être est-ce parce qu'ils n'offrent pas toutes les garanties de sécurité ou d'efficacité nécessaires.

Retrait ou avis défavorable.

Mme Catherine Fabre. Peut-être ces traitements ne sont-ils pas aboutis, mais l'argument de la discrimination demeure : les hommes bénéficient d'un traitement pris en charge alors que la question ne se pose pas pour les femmes. Au moins, prenons l'engagement de chercher une solution. Il faut y retravailler d'ici à la séance.

Mme Caroline Fiat. Je soutiendrai cet amendement, merci à son auteure. Il est important que l'Assemblée discute de ce sujet.

Mme Audrey Dufeu. Je le retire pour l'instant, et en proposerai un autre en séance. Auditionnons en effet la HAS : l'important n'est pas tant l'efficacité

objective que la reconnaissance de la sexualité des femmes. Je crois que des pratiques discriminantes subsistent au sein de ces instances.

L'amendement est retiré.

Article 43

Prolongation de l'expérimentation haltes « soins addictions »

Amendements de suppression AS811 de M. Jean-Pierre Door et AS855 de M. Bernard Perrut.

M. Thibault Bazin. Il s'agit par l'amendement AS811 de supprimer l'article 43, qui prévoit d'étendre l'expérimentation des salles de shoot. Nous étions opposés en 2016 à ces salles de consommation à moindre risque (SCMR), nous le sommes toujours.

Le bilan qui en a été dressé est mitigé. Autant celle de Strasbourg semble donner quelques bons résultats, autant celle de Paris pose problème. S'il semble envisageable de prolonger l'expérience à Strasbourg, il conviendrait donc de mettre fin à celle de Paris.

Les politiques publiques qui ont été menées n'ont pas permis de venir à bout de la toxicomanie. Essayons plutôt de financer les initiatives qui fonctionnent, en particulier les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Soutenons les communes qui les accueillent et élargissons le dispositif.

M. Bernard Perrut. Le 14 septembre, nos collègues Caroline Janvier et Stéphane Viry nous ont présenté les conclusions de leur mission « flash » sur les SCMR. La première nous a dit que ces salles peuvent être pérennisées, mais pas généralisées, et le second qu'il ne faut les concevoir que dans un parcours médical complet.

Au sein du Gouvernement, les avis sont partagés. Si le ministre de la santé s'est dit favorable à ce type de lieu, le ministre de l'intérieur, quant à lui, s'y est opposé. Cette question continue de faire débat et, pour notre part, nous ne sommes pas favorables au maintien de ces salles. Mon collègue a évoqué à l'instant la prise en charge qui existe au sein des CAARUD et qui a le mérite de proposer un accompagnement médical complet.

L'expérimentation a bien marché à Strasbourg, mais très mal à Paris, où elle a été mal acceptée par les habitants. Dans ces conditions, sans doute serait-il préférable d'y mettre fin et de repartir sur des bases plus saines. Il est urgent de lutter efficacement contre ce fléau, qui touche particulièrement les jeunes.

M. le rapporteur général. Vous souhaitez la fin des SCMR, aussi appelées plus péjorativement « salles de shoot ».

Je ne peux que reconnaître votre constance, mais sur ce sujet, comme sur d'autres sujets sociétaux, des sensibilités différentes peuvent s'exprimer au sein d'un même parti. J'en profite pour remercier M. Stéphane Viry, qui est membre du groupe Les Républicains, et Mme Caroline Janvier, pour leur contribution récente à cette réflexion.

Vous citez l'étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette dernière montre, sans débat possible, les bénéfices de ces salles du point de vue de la santé publique. Elle démontre qu'elles entraînent une forte diminution des pratiques à risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, des passages aux urgences et des overdoses. Ceux qui pensent qu'il s'agit d'une politique de promotion des drogues sont souvent dans la caricature. Il s'agit bien d'une prise en charge médico-sociale ambitieuse.

L'acceptabilité de ces dispositifs dans l'espace urbain a aussi été évaluée par l'Inserm, qui a montré qu'au-delà du discours médiatique, les SCMR peuvent également être acceptées ou demandées par les riverains, car elles permettent, sur des scènes ouvertes, la diminution de l'insécurité et des injections dans l'espace public. L'exemple de Strasbourg montre qu'une salle de ce type peut ne poser aucun problème de voisinage.

Il existe des différences bien réelles entre les salles de Strasbourg et de Paris : leur emplacement, mais aussi et surtout l'importance de leur fréquentation. Si la salle de Paris est sous tension, au-delà de sa localisation, c'est bien parce que le nombre de passages y est environ six fois plus élevé qu'à Strasbourg. L'ouverture d'autres lieux réduirait considérablement la pression sur la salle de Paris et permettrait de s'appuyer davantage sur le modèle strasbourgeois, avec une plus grande sérénité.

Cela ne veut pas dire qu'il faut ouvrir de telles salles partout, ni qu'elles sont l'alpha et l'oméga de la réduction des risques pour les usagers de drogue. Je crois d'ailleurs que chaque ouverture de salle doit s'accompagner d'une prise en charge absolument globale des usagers – pour ne pas dire des patients.

Le présent article remodèle ces salles de consommation pour les ouvrir davantage aux soins et au sevrage. Des modèles alternatifs, incluant une possibilité d'hébergement, pourront également être développés, sur le modèle de la salle strasbourgeoise. Pour toutes ces raisons, j'émettrai un avis défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme Caroline Janvier. Au terme de la mission d'information que j'ai conduite avec Stéphane Viry, nous avons montré que les SCMR sont utiles du point de vue sanitaire et du point de vue de la prévention, à conditions qu'elles s'inscrivent dans une prise en charge médico-sociale globale et qu'elles fassent l'objet d'une concertation avec les élus, la préfecture et les forces de l'ordre.

L'article 43 ne vise pas à généraliser le dispositif : il faudra toujours que les élus municipaux en fassent la demande et qu'elle soit acceptée par le ministère de l'intérieur. J'ai du mal à comprendre les amendements de suppression de l'article,

qui nous priveraient d'un instrument de politique publique en matière de réduction des risques.

Par ailleurs, je suis extrêmement surprise de voir à quel point les conclusions de notre mission d'information ont été déformées, notamment par Mme Sandra Boëlle, qui a publié des communiqués de presse indiquant que notre mission était défavorable aux SCMR. Je déplore que ce dispositif fasse l'objet d'une instrumentalisation politicienne : c'est profondément malhonnête.

M. Sylvain Maillard. Ce qui distingue Paris de Strasbourg, c'est le crack – un mot qui n'a pas encore été prononcé mais qui change tout. Il faut inventer une prise en charge médico-sociale adaptée à chaque cas de figure ; la réponse policière ne suffira pas. On l'a déjà testée et on en voit les limites.

Il faut que les élus décident de l'endroit où ils veulent créer des salles à moindre risque, qu'ils les adaptent à la population et qu'ils fassent en sorte qu'elles soient acceptées par les riverains. La réponse médico-sociale est la seule possible. Il importe donc de poursuivre les expérimentations existantes et d'en tirer les leçons. Le crack, à Paris, pose un problème spécifique.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le rapport de nos collègues Caroline Janvier et Stéphane Viry est très complet et montre bien l'apport de ces salles de consommation à moindre risque en termes de santé publique. Il souligne aussi que les deux conditions de leur succès sont l'accompagnement et le choix de lieux adaptés. Il paraît donc souhaitable de poursuivre cette expérimentation en prenant en compte le besoin d'accompagnement. Or c'est précisément ce que prévoit l'article 43, puisque les nouvelles expérimentations seront rattachées à des CAARUD.

Mme Caroline Fiat. Le crack, hélas, n'est pas une spécificité parisienne. Tout notre pays est concerné. Vous dites, monsieur Bazin, qu'il faut favoriser le traitement des usagers de drogue. Toute la difficulté est de les convaincre de se faire soigner. Or c'est souvent dans les SCMR que l'on arrive à le faire.

M. Thibault Bazin. On m'a fait dire beaucoup de choses que je n'ai pas dites. Je ne crois pas avoir été caricatural. Je dis seulement que le bilan de cette expérimentation est mitigé et que la situation n'est pas la même à Paris et à Strasbourg. Certaines collectivités nous disent qu'elles ont besoin de moyens supplémentaires pour financer les CAARUD et faire face à l'explosion de la consommation de drogue dans certains quartiers : je crois qu'il faut les entendre. Pour ma part, je ne souhaite pas envoyer le message selon lequel une généralisation des salles de shoot serait souhaitable, car la consommation de drogue est illégale en France.

En matière de drogue, on peut mener une politique dissuasive ou une politique incitative. Pour ma part, je suis favorable à la première, parce que je suis persuadé que les drogues abîment notre jeunesse. Pour l'heure, les politiques menées sont un échec.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS823 et AS824 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Les haltes « soins addictions » répondent à un enjeu de santé publique et la prolongation de cette expérimentation est donc une nécessité. Des difficultés sont toutefois apparues et l'association Agir pour la santé des femmes m'a fait des préconisations, qui sont à l'origine de ces amendements.

Les expériences d'usage de drogue, notamment chez les publics en situation de grande précarité, diffèrent selon l'âge, le sexe ou le genre des usagers et usagères. Ces lieux de rassemblement peuvent être des espaces dangereux pour les femmes usagères de drogue, et *a fortiori* pour les plus jeunes d'entre elles, en raison de la vulnérabilité spécifique liée à leur genre ; elles peuvent être exposées à des violences, notamment sexuelles. Des espaces permettant leur entière sécurité, à savoir des espaces non mixtes, doivent impérativement être prévus.

M. le rapporteur général. Ces amendements me semblent relever, non de la loi, mais du cahier des charges de ces salles. Par ailleurs, ce que vous proposez ne sera pas forcément adapté à chaque salle, en fonction de sa taille notamment.

Je vous invite donc à retirer vos amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme Albane Gaillot. La prise en charge des femmes victimes de violences, notamment dans ces milieux particulièrement précaires et fragilisés, me paraît essentielle. Il me semble important d'inscrire dans la loi que des dispositifs adaptés doivent être introduits pour assurer la sécurité pleine et entière de chaque femme – et de chaque homme.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1015 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'article 43 prolonge l'expérimentation en cours de trois ans, en conditionnant les nouvelles entrées dans l'expérimentation au rattachement à un CAARUD. Afin de pouvoir évaluer correctement l'intégralité des expérimentations, notamment celles qui seraient lancées selon les nouvelles modalités prévues par ce PLFSS, il est proposé de fixer une date limite pour l'entrée en expérimentation au 31 janvier 2023.

M. le rapporteur général. Vous proposez de ne prolonger l'expérimentation que d'un an. Avis défavorable.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Non, monsieur le rapporteur général. Ce que je propose, c'est que les nouvelles entrées se fassent au plus tard le 31 janvier 2023 pour que l'on puisse, au terme des trois ans, évaluer correctement l'intégralité des expérimentations.

La commission rejette l'amendement.

*Puis elle adopte l'article 43 **non modifié**.*

Article 44

Extension de la gratuité de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans

Amendement AS1 de M. Raphaël Gérard.

M. Didier Martin. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendements AS429 et AS430 de Mme Annie Chapelier, amendements AS711 de Mme Caroline Fiat, AS1076 de M. Raphaël Gérard, AS543 de Mme Delphine Bagarry et AS2 de M. Raphaël Gérard (discussion commune).

Mme Annie Chapelier. Mes deux amendements sont des demandes de rapport.

Tout le monde a salué l'article 44, qui garantit l'accès gratuit à la contraception à toutes les femmes jusqu'à l'âge de 25 ans. Pourtant, il met vraiment à mal l'égalité entre les femmes et les hommes, puisque la contraception, que je sache, intervient en cas de rapport entre un homme et une femme. Or cet article ne permet pas aux hommes de moins de 26 ans de s'emparer des moyens existants pour accéder à la contraception.

On nous rétorque que les préservatifs sont gratuits sur ordonnance. J'ai mené une petite enquête auprès de quelques pharmacies : les deux tiers des personnes qui m'ont répondu ignorent ce dispositif. C'est le cas aussi des hommes : la plupart d'entre eux ignorent qu'ils peuvent avoir des préservatifs gratuitement. C'est pourquoi je demande que le Gouvernement remette au Parlement un premier rapport sur l'information à la contraception.

De plus, l'accès aux préservatifs n'est pas réellement gratuit, puisque la sécurité sociale ne prend en charge que 60 % de leur coût, les 40 % restants étant pris en charge par la mutuelle. J'ajoute enfin que la gratuité ne concerne que deux marques de préservatifs. Je demande donc un second rapport sur la contraception masculine. Nombre d'entre vous ignorent sans doute que le préservatif n'est pas la seule solution – on parle beaucoup actuellement du slip chauffant. Il importe que les hommes aient accès à la contraception, au même titre que les femmes.

Mme Caroline Fiat. Mon amendement a très bien été défendu par Mme Chapelier.

Mme Catherine Fabre. L'amendement AS1076 va dans le même sens. Il faut que les hommes puissent s'emparer de la contraception, qui les concerne au même titre que les femmes, puisqu'une contraception défaillante peut avoir des conséquences importantes sur leur vie. Il convient de les sensibiliser à ces questions et de promouvoir la contraception masculine. Une telle évolution permettrait aussi de partager la charge contraceptive au sein des couples. C'est pourquoi nous demandons un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

Mme Albane Gaillot. Les amendements AS543 et AS2 sont défendus.

M. le rapporteur général. Je suis défavorable à l'ensemble de ces amendements, à l'exception de l'amendement AS1076, sur lequel j'émettrai un avis de sagesse. Il me semble effectivement important que nous nous penchions un peu plus sur la contraception masculine. On a beaucoup parlé de l'introduction, dans ce PLFSS, de la prise en charge de la contraception féminine jusqu'à l'âge de 25 ans. Il est clair que cette question ne concerne pas que les femmes, mais aussi les hommes. Le rapport que vous demandez permettra d'éclairer ce point.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS429, AS430 et AS711, puis **adopte** l'amendement AS1076.*

*En conséquence, les amendements AS543 et AS2 **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 44 **modifié**.*

Après l'article 44

Amendement AS418 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Nous proposons, à titre d'expérimentation, que les sages-femmes puissent recevoir directement une personne dans le cadre d'une demande de stérilisation. Actuellement, la première demande de stérilisation s'effectue systématiquement auprès d'un gynécologue ou d'un médecin. Les sages-femmes ne peuvent être consultées que pour la deuxième consultation.

Cette demande, qui émane de l'ordre des sages-femmes et des différentes organisations professionnelles des sages-femmes, vise à prendre en charge de façon globale les demandes de stérilisation des femmes qui le souhaitent.

M. le rapporteur général. Sagesse.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Article 45

Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

Amendements identiques AS37 de M. Stéphane Viry, AS304 de M. Bernard Perrut, AS400 de M. Joël Aviragnet, AS607 de Mme Jeanine Dubié et AS813 de Mme Albane Gaillot.

Mme Marine Brenier. Avec l'amendement AS37, il s'agit d'aller vers l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire (CSS) aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

M. Bernard Perrut. L'ouverture d'un droit à la CSS est possible pour un grand nombre des bénéficiaires de l'AAH et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), mais on constate que le taux de bénéficiaires non couverts par une complémentaire santé reste très élevé.

La Cour des comptes, dans son rapport *Les complémentaires santé : un système très protecteur, mais peu efficient*, recommande l'introduction d'un système plus efficace. Nous proposons donc un premier pas vers l'attribution automatique de la CSS à ces publics, par la mise en œuvre d'une étude systématique du droit à la CSS, s'appuyant sur les ressources déjà connues par les différentes administrations.

Cette mesure vise à pallier le non-recours aux droits et prestations et à garantir l'accès à une couverture complémentaire pour un grand nombre de personnes susceptibles d'avoir des besoins de santé importants. Les personnes en situation de handicap seraient les premières personnes à pouvoir en bénéficier.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS400 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de lutter contre le non-recours aux droits et prestations, dénoncé par nombre de rapports récents, dont celui de la Cour des comptes, déjà mentionné par notre collègue. Nous proposons d'ouvrir un droit systématique à la protection complémentaire de santé pour les bénéficiaires de différentes allocations, notamment le revenu de solidarité active (RSA).

M. le rapporteur général. Je ferai une réponse commune à tous les amendements visant à systématiser l'accès à la CSS des bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI.

Les allocataires du RSA bénéficient d'ores et déjà d'un accès de plein droit à la complémentaire santé solidaire – de même qu'ils avaient accès à la couverture maladie universelle complémentaire – sans étude complémentaire de leurs ressources par les caisses primaires d'assurance maladie.

Les bénéficiaires du RSA, mais également de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) bénéficient par ailleurs d'un renouvellement automatique de la CSS, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations.

L'article 45 prévoit l'attribution automatique de la CSS aux bénéficiaires du RSA, sauf choix contraire de leur part. Il prévoit également la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'ASPA. Ce sont des mesures importantes, qui peuvent être saluées sur tous les bancs.

Ce que vous proposez pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI est techniquement impossible à ce jour. J'ai profité de l'audition du directeur général de la CNAM pour lui poser à nouveau la question.

Je vous invite donc à retirer vos amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS1086 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La disposition prévue nous semble faire obstacle au droit à une protection complémentaire en matière de santé. Dans la rédaction actuelle, le potentiel bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé pourrait se voir refuser le renouvellement de son droit s'il ne s'est pas acquitté d'une seule mensualité. Pour pallier ce risque, il est proposé d'introduire le terme « automatiquement ».

Cet amendement a été rédigé à la suite d'un échange avec l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS).

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS399 de M. Joël Aviragnet, AS1022 de Mme Michèle de Vaucouleurs et AS1085 de Mme Albane Gaillot.

Mme Gisèle Biémouret. Par l'amendement AS399, il s'agit de mieux informer les assurés des modalités d'accompagnement pour recouvrer leurs droits. L'information et l'accompagnement doivent être privilégiés pour éviter des ruptures de droits et de parcours de soins.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Dans la rédaction actuelle, le potentiel bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé pourrait se voir refuser le renouvellement de son droit s'il ne s'est pas acquitté d'une seule mensualité. Nous proposons qu'il soit informé des modalités d'accompagnement pour résoudre sa situation et permettre la réouverture de ses droits. L'information et l'accompagnement doivent être privilégiés pour éviter des ruptures de droits et de parcours de soins.

Cet amendement est, lui aussi, issu de mes échanges avec l'UNIOPSS.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 45 **non modifié**.*

Après l'article 45

Amendements identiques AS219 de M. Pierre Dharréville et AS340 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement vise à renforcer le tiers payant, mais j'ai déjà pu constater que vous n'étiez guère investi sur ce sujet, ce que je regrette.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS340 est défendu.

M. le rapporteur général. Je ferai une réponse commune à l'ensemble des amendements qui visent à généraliser le tiers payant, selon des modalités différentes – à l'exception de ceux qui portent sur la question spécifique du tiers payant sur le 100 % Santé, introduit récemment.

Pour rappel, le tiers payant bénéficie déjà aux femmes enceintes, aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection longue durée, aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et à l'intégralité du panier de soins 100 % Santé, à compter du 1^{er} janvier 2022, grâce à une disposition votée l'année dernière.

Je suis plutôt favorable, sur le fond, à vos amendements, qui prévoient d'étendre le tiers payant et d'améliorer ainsi l'accès au soin. Toutefois, même si les freins techniques sont moindres, il reste encore un certain nombre de professionnels qui ne sont pas équipés des outils nécessaires au tiers payant généralisé. Obliger demain l'ensemble des professionnels exerçant en ville, en maison de santé ou en centre de santé à pratiquer le tiers payant n'est pas techniquement possible. Tâchons de lever tous les freins sur le tiers payant concernant le panier de soins 100 % Santé : ce sera déjà un pas important, car c'est pour ce type de soins que nos concitoyens avancent le plus d'argent. Si le tiers payant intégral est déjà très répandu en optique, il l'est beaucoup moins en audiologie et en dentaire.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Je suis un peu déçu que la *start-up nation* ne tienne pas toutes ses promesses. Depuis quatre ans, chaque fois que nous abordons la question de la généralisation du tiers payant, c'est un argument technique qui nous est opposé. Or la crise a permis une accélération technique sans précédent – avec TousAntiCovid, par exemple. Je commence donc à me demander s'il y a une réelle volonté politique d'avancer sur ce sujet.

Mme Jeanine Dubié. Les patients ont tendance à aller aux urgences de l'hôpital, où ils ne paient pas, plutôt que dans les maisons médicales, où ils sont obligés d'avancer les frais. Si les médecins acceptent d'appliquer le tiers payant pour la sécurité sociale, en revanche ils ne le font pas pour les complémentaires, parce qu'il y en a plus de trois cents. Il faut trouver un moyen pour que le tiers payant

s'applique aussi à la partie complémentaire. Cela réglerait aussi en partie le problème des urgences.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS341 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS220 de M. Pierre Dharréville et AS714 de Mme Caroline Fiat, et amendement AS339 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

M. Pierre Dharréville. Il s'agit, une fois encore, de généraliser le tiers payant. Je n'ai pas bien saisi les arguments qui nous empêchent d'avancer sur cette question, mais j'ai compris que ce n'est pas dans le cadre de l'examen de ce PLFSS que nous aurons le débat qui s'impose.

Mme Gisèle Biémouret. Je suis de ceux qui ont voté le tiers payant au cours de la précédente législature, afin de faciliter l'accès au soin de tous.

M. le rapporteur général. Cela montre qu'il est important de s'assurer que les solutions que l'on vote sont techniquement réalisables. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Ce que nous avons voté sous cette législature, et qui a annulé le vote précédent, n'a pas eu de meilleurs résultats, monsieur le rapporteur général.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS825 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS337 de M. Joël Aviragnet (discussion commune).

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'année dernière, nous avons voté le tiers payant intégral dans le cadre du 100 % Santé pour les soins dentaires, l'optique et les audioprothèses. Afin d'assurer la pleine effectivité de cette mesure en 2022, le présent amendement prévoit qu'un décret encadrera les services numériques devant être mis à disposition, afin de préciser les modalités d'application de cette obligation.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS337 est défendu.

M. le rapporteur général. L'amendement AS825 est un amendement technique qui garantira la pleine application du tiers payant sur le 100 % Santé. Cela montre bien la volonté de notre majorité d'avancer sur la question du tiers payant, en fonction des possibilités techniques.

Avis favorable à l'amendement AS825.

*La commission **adopte** l'amendement AS825.*

*En conséquence, l'amendement AS337 **tombe**.*

Amendement AS342 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. Défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS110, AS111, AS109 et AS112 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Les quatre amendements que je vous propose sont issus des travaux que j'ai conduits dans le cadre du Printemps de l'évaluation : j'ai réalisé une mission sur le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. J'ai notamment constaté qu'il existait onze dispositifs pour couvrir les soins des personnes en situation irrégulière. Le plus important est l'aide médicale de l'État (AME), qui figure dans le budget de l'État. Parmi les dix autres dispositifs, on compte aussi celui qui concerne le maintien des droits à la protection universelle maladie (PUMa) des personnes en situation irrégulière.

Je vous propose, à travers mes quatre amendements, de donner suite à mes recommandations.

L'amendement AS110 vise à resserrer les conditions dans lesquelles un étranger en situation irrégulière peut bénéficier d'une prolongation du bénéfice de la PUMa lorsqu'il ne respecte plus les conditions permettant, en principe, d'y être affilié. Prenons le cas d'une personne en situation régulière avec un titre de séjour de quatre mois. Lorsque son titre de séjour arrive à expiration, elle peut bénéficier d'une extension de sa couverture PUMa pendant six mois. Cela ne me paraît pas acceptable. Il ne s'agit pas de priver cette personne de soins, mais de la faire tomber sous le régime de l'AME. Une durée minimale de présence régulière sur le territoire d'au moins six mois devrait être exigée pour bénéficier d'une prolongation de droit de six mois.

L'amendement AS111 vise à subordonner le bénéfice de la prolongation des droits à l'engagement d'une démarche de renouvellement du titre de séjour. Entre septembre 2020 et février 2021, plus de 400 000 assurés dont le titre de séjour était expiré depuis au moins trois mois – depuis plus de douze mois pour 205 066 d'entre eux – bénéficiaient de la PUMa.

La durée pendant laquelle un étranger en situation irrégulière peut voir ses droits à la PUMa prolongés a été plafonnée à six mois par un décret du 26 décembre 2019. Je vous propose, avec l'amendement AS109, d'inscrire dans la loi cette durée maximale, d'autant que l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale autorise toujours une prolongation dans la limite d'un an.

L'amendement AS112 vise à exclure les demandeurs d'asile provenant de pays d'origine sûrs du dispositif de maintien de droits. Un grand nombre de

demandeurs d'asile savent pertinemment qu'ils n'ont aucune chance d'obtenir l'asile mais qu'ils peuvent bénéficier de la PUMa durant l'instruction de leur demande et durant les six mois suivant le rejet de celle-ci. En 2020, sur les 1 490 Moldaves ayant demandé l'asile, 1 476 ont été déboutés – soit un taux de protection de 1,07 % – ; tous ont bénéficié de la PUMa.

M. le rapporteur général. La PUMa est attribuée sur le critère d'une résidence stable et régulière sur le territoire. La loi prévoit déjà que les droits peuvent être maintenus pour une durée maximale d'un an pour les personnes dont la situation devient irrégulière. Depuis 2019, un décret limite ce maintien à six mois. Par ailleurs, la PUMa n'est désormais ouverte qu'au bout de trois mois, même pour les demandeurs d'asile.

Je ne souhaite pas que nous allions plus loin que ces décisions, qui ont fait l'objet de débats vifs il y a trois ans. L'équilibre trouvé est juste puisqu'il permet de lutter contre la fraude et certains effets d'aubaine sans pour autant renoncer aux soins pour tous.

La crise a bien montré que la santé publique n'a pas de frontières, et que la santé des populations, en particulier les plus vulnérables, doit être notre priorité. Nous savons très bien les conséquences qu'une telle restriction des conditions d'accès à la PUMa aurait sur la santé des personnes et sur la charge des hôpitaux publics, en particulier des services d'urgence.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Véronique Louwagie a acquis une expertise dans ce domaine et fait plusieurs préconisations, qui prennent la forme de ces amendements. Examinons-les dans le détail et avec bienveillance ! Le Gouvernement lui-même nous appelle à regarder avec lucidité l'immigration en provenance de certains pays d'Europe de l'Est. Les dérives constatées ont un coût pour nos finances publiques. Nous devons instaurer un arsenal dissuasif, ce qui n'empêche pas de soigner, bien sûr, ceux qui ont besoin de soins d'urgence.

Mme Caroline Fiat. J'ai, moi aussi, mené un travail parlementaire en déconstruisant les idées reçues sur l'AME. Je vous invite à lire ce rapport car ce sont les mêmes idées qui circulent sur la PUMa !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS218 de M. Pierre Dharréville et AS744 de Mme Caroline Fiat.

M. Pierre Dharréville. De nombreux bénéficiaires d'une pension d'invalidité, par méconnaissance, ne font pas valoir leurs droits à l'ASI. Nous proposons que les organismes de sécurité sociale aient l'obligation d'examiner l'éligibilité de ces assurés et de les en informer.

M. le rapporteur général. Une partie infime des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont éligibles à l'ASI. Nous pouvons interroger le Gouvernement en séance mais je crains que nous ne nous heurtions à des obstacles techniques et que cette obligation n'améliore pas les droits des assurés.

Demande de retrait.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS904 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le plafond de remboursement des appareils auditifs – 1 700 euros par oreille –, identique quel que soit l'âge du bénéficiaire, ne permet pas de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants. Non seulement ceux-ci ne peuvent pas porter les appareils appartenant à la classe prise en charge à 100 % mais les complémentaires ont diminué le taux de remboursement de leurs appareils, plus coûteux. Le pouvoir réglementaire doit rehausser le plafond de remboursement pour les personnes âgées de moins de 20 ans.

M. le rapporteur général. Merci de soulever ce point technique mais important. Comme vous le dites, il relève du pouvoir réglementaire : je vous propose d'interroger le ministre en séance sur les possibilités de moduler ce plafond ou d'adapter les prises en charge.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS403 de Mme Hélène Vainqueur-Christophe.

Mme Gisèle Biémouret. Reprenant la proposition de loi relative à la protection sociale globale déposée par les sénateurs socialistes, nous proposons que l'octroi d'une prestation déclenche automatiquement l'examen d'éligibilité aux autres relevant du même champ. Cela améliorerait la prise en charge des bénéficiaires sans pour autant retarder l'ouverture des droits initialement demandés.

M. le rapporteur général. Nous nous sommes déjà interrogés sur l'opérationnalité de dispositifs beaucoup plus simples. C'est un idéal que vous nous proposez, hélas irréalisable !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS970 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans le cadre du Printemps social de l'évaluation de 2021, j'ai montré que certains points restaient à améliorer en matière de prise en charge de l'optique.

Aujourd'hui, l'assurance maladie rembourse les verres optiques et la monture à hauteur de 9 centimes d'euro. Cela lui permet de garder le contrôle des prescriptions, mais oblige l'opticien à lui transmettre les données – le coût de transmission excédant, au passage, les 9 centimes d'euros – et retarde le remboursement par la complémentaire santé.

Je propose d'expérimenter la délégation, *via* une convention, de la gestion du secteur optique aux complémentaires santé, sous le contrôle de la CNAM.

M. le rapporteur général. Je ne pense pas qu'une telle délégation puisse être décidée sans travaux préalables et sans associer les complémentaires santé. Comme vous le savez, le ministre a saisi en juillet le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) afin d'approfondir les scénarios à l'étude sur l'évolution de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaires santé. Je suis convaincu qu'une réforme d'ampleur, incluant notamment le reste à charge hospitalier, doit être menée.

À ce stade, avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La Cour des comptes a déjà rendu un rapport sur le sujet ;, le HCAAM, où je siège, y travaille également. Cette proposition est en discussion avec la direction de la sécurité sociale et la CNAM. Il s'agit là d'une expérimentation pratique pour voir ce que donnerait, dans ce domaine, la réforme que vous appelez de vos vœux.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS656 et AS669 de Mme Caroline Fiat.

Chapitre V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46

Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

Amendement AS685 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Dans le privé comme dans le public, les jours de carence n'ont jamais permis de traiter l'absence au travail ni d'agir sur les causes de celle-ci. En revanche, leur application pénalise financièrement les travailleurs et les pousse au présentéisme. Comme l'épidémie de covid l'a montré, ils se rendent au travail, même malades, voire contagieux, ce qui entraîne davantage d'arrêts maladie.

Comme vous avez accepté une demande de rapport formulée par la majorité, nous ne sommes pas à l'abri d'une surprise, monsieur le rapporteur général !

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 46 **non modifié**.*

Article 47

Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire

Amendement AS114 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme la présidente Fadila Khattabi. L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Plutôt qu'une demande de rapport, je propose d'interroger le Gouvernement en séance.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'article 47 **non modifié**.*

Après l'article 47

Amendement AS1098 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. La majorité et le Gouvernement ont témoigné de leur solidarité avec les artistes-auteurs tout au long de la crise sanitaire, par le biais de dispositifs de soutien de leurs revenus et de réductions des cotisations sociales, notamment dans le cadre de la troisième loi de finances rectificative en 2020.

Mais le régime social des artistes-auteurs doit faire l'objet d'une réforme plus structurelle. La forte variabilité, d'une année sur l'autre, des revenus des assurés leur est préjudiciable au regard de leur éligibilité aux indemnités journalières (IJ). Seuls les artistes-auteurs dont les revenus sont supérieurs à 900 SMIC horaires peuvent bénéficier d'IJ pour valider des droits aux indemnités maladie, maternité, paternité et invalidité.

L'objet de cet amendement est de s'assurer que le décret en Conseil d'État qui encadre le régime social des artistes-auteurs prend en compte la variabilité des revenus. À ce titre, le décret devrait abaisser le seuil à hauteur de 600 SMIC horaires. Ce nouveau seuil est la garantie d'une protection renforcée des artistes-auteurs en cas de maladie et d'un meilleur accompagnement au moment des naissances.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS176 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous demandons que le Gouvernement remettre un rapport sur le régime d'indemnisation des arrêts de travail, analysant

notamment les conséquences, en matière de maintien dans l'emploi, des règles d'indemnisation des arrêts de travail. Ce rapport préfigurerait une mission interministérielle de rénovation du dispositif d'IJ, afin qu'il soit plus adapté à la situation des travailleurs, notamment ceux souffrant de maladies chroniques ou en situation de handicap.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Article 48

Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

La commission adopte l'article 48 non modifié.

Article 49

Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

La commission adopte l'article 49 non modifié.

Après l'article 49

Amendement AS812 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Nous voulons réaffirmer ici notre attachement à l'universalité des allocations familiales. Le gouvernement d'Édouard Philippe n'est pas revenu sur les attaques portées sous la présidence de François Hollande. Le résultat est dramatique : la natalité baisse depuis plusieurs années et le renouvellement des générations ne se fait plus, ce qui peut mettre en péril notre modèle de protection sociale. La politique familiale était l'une des forces de notre pays. France 2030 ne pourra se faire sans fonder à nouveau la politique familiale sur l'universalité !

Mme Monique Limon, rapporteure pour la famille. Je reconnais là les amendements que défendait habituellement Gilles Lurton, dont je salue l'action en faveur des familles. Cet amendement, déclaratoire, n'aurait aucune conséquence sur le niveau des prestations et des allocations versées. Les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles puisque versées à tous les parents à partir du deuxième enfant.

Notre politique familiale est bien évidemment universelle, comme en témoigne l'allongement du congé paternité à tous, salariés, fonctionnaire et indépendants. Elle est empreinte de justice sociale, puisqu'elle protège les familles monoparentales avec l'augmentation du complément de libre choix du mode de garde (CMG) et généralise, avec l'article 49, le recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1091 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Je vous propose de mettre en place un droit à l'information pour les allocataires des prestations familiales, sur le modèle de l'information pour les retraites.

Ce dispositif, qui centralise un certain nombre de dispositions existantes, permet d'informer les allocataires sur l'ensemble de leurs droits dès lors qu'ils sollicitent les caisses d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole. Lorsque la future mère envoie une déclaration de grossesse, les futurs parents sont informés de leurs droits, de l'ensemble des congés rémunérés dont ils peuvent bénéficier ainsi que de l'effet de ces congés sur les droits à l'assurance vieillesse.

Ces nouvelles modalités, qui visent à lutter contre le non-recours, sont inspirées par le rapport que Julien Damon et Christel Heydemann viennent de remettre au Gouvernement. Je vous propose de porter avec moi cette initiative parlementaire qui vise à améliorer la situation sociale de l'ensemble des bénéficiaires des prestations familiales.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS451 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Seules 12 000 à 15 000 places de crèches auront été créées en 2022, à l'échéance de la convention d'objectifs et de gestion, qui en prévoyait 30 000. L'insuffisance du nombre de places de crèches entraîne des problèmes de garde pour les parents et aggrave la désertification des services de la petite enfance dans certains territoires. Nous proposons que le Gouvernement remette un rapport évaluant le nombre de places supplémentaires nécessaires ainsi que le coût de leur création.

Mme la rapporteure. Votre demande de rapport m'est d'autant plus sympathique que j'avais formulé la même l'année dernière. Mais compte tenu du fait que les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, annexés chaque année au PLFSS, contiennent suffisamment d'informations, je vous demanderai de retirer cet amendement.

Mes échanges avec le Gouvernement et la Caisse nationale des allocations familiales ont fait apparaître que le nombre de nouvelles places ne dépasserait pas 15 000 d'ici à 2022, en dépit du plan Rebond. Naturellement, les conséquences de la crise sanitaire sur l'investissement public et les services de la branche famille, mobilisés sur la gestion immédiate, n'ont pas facilité les choses. Nous devons nous interroger collectivement sur la création d'un véritable service public de la petite

enfance, seul à même de garantir le libre choix des parents. C'est un débat que nous pourrions avoir en séance et dans le cadre de l'examen du projet de loi « 3DS ».

M. Pierre Dharréville. Sans vouloir faire de mauvais esprit, puis-je vous demander comment consulter ces annexes ?

Mme la rapporteure. L'annexe que j'ai évoquée est disponible.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS452 de Mme Valérie Six.

Mme Valérie Six. Il s'agit, avec cette demande de rapport, d'appeler l'attention sur l'opportunité, pour les entreprises, de proposer des places de crèche à leurs salariés. Le dispositif, méconnu, est gagnant-gagnant : l'entreprise permet à ses salariés de se rendre au travail plus sereinement, les fidélise et se prémunit d'absences liées à la garde des enfants. Il convient de dynamiser ce dispositif et d'inciter les entreprises à y recourir.

Mme la rapporteure. Pour les mêmes raisons qu'exposées précédemment, demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS972 de M. Patrick Mignola.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La LFSS 2019 a majoré de 30 % le montant du CMG pour les familles dont l'un des enfants est en situation de handicap. Cette mesure est une avancée, mais cette prestation prend fin aux 6 ans de l'enfant. Bien que de nombreux efforts aient été faits pour permettre la scolarisation des enfants en situation de handicap, celle-ci est parfois impossible et les parents se retrouvent alors démunis. Nous demandons que le Gouvernement étudie la possibilité de prolonger le bénéfice du CMG au-delà de l'âge de 6 ans pour les familles bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Mme la rapporteure. En effet, nous avons voté en 2018 une majoration du montant du CMG pour les familles bénéficiant de l'AEEH, un an après avoir voté la majoration de 30 % pour les familles monoparentales. L'AEEH est applicable aux enfants de moins de 20 ans et cumulable avec l'ensemble des éléments composant la PCH.

Nous devons discuter avec le Gouvernement de l'interaction entre l'AEEH, le CMG et éventuellement la PCH en séance. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Article 50

Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

La commission adopte l'article 50 non modifié.

Après l'article 50

Amendement AS772 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous souhaitons que le Gouvernement présente un rapport sur le coût, pour la sécurité sociale, d'une indemnisation par le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides (FIVP) des personnes malades ayant été exposées à des pesticides en dehors de leur activité professionnelle.

M. Paul Christophe, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Le Gouvernement prend très au sérieux cette question. Après avoir créé le FIVP, il a lancé plusieurs études scientifiques sur le lien entre certaines pathologies et la proximité de la résidence avec des zones d'épandage de pesticides.

L'expertise collective de l'Inserm de 2013, dont les résultats viennent d'être publiés, juge ce lien faible. Cependant, l'étude présente des limites importantes, liées notamment au manque de données individuelles.

D'autres études, aux méthodologies différentes, pourront nous permettre de confirmer ou d'infirmer la présomption d'un lien. Nous connaissons d'ici à décembre les résultats de l'étude Esteban de Santé publique France (SPF) sur l'imprégnation par des pesticides en population générale. Nous devrions aussi recevoir avant la fin de l'année les conclusions de l'étude Géocap-Agri, menée par SPF et l'Inserm, sur la prévalence des cancers pédiatriques à proximité de cultures utilisant des pesticides. L'étude PestiRiv, conduite par SPF et l'ANSES sur les riverains, devrait être finalisée d'ici à 2023.

Dans l'attente de nouvelles données scientifiques sur le sujet, je vous demande de retirer votre amendement.

Mme Caroline Fiat. Qui sait, les familles victimes seront peut-être indemnisées par le FIVP avant même que nous réussissions à faire voter cette demande de rapport !

La commission rejette l'amendement.

Article 51

Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

La commission adopte l'article 51 non modifié.

Article 52

Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte

La commission adopte l'article 52 non modifié.

Après l'article 52

Amendement AS1099 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Largement relayée par les médias, l'absence de cotisation à l'assurance vieillesse des artistes-auteurs, pendant plusieurs dizaines d'années parfois, a entraîné une diminution du montant des pensions, souvent à la surprise des premiers concernés.

L'État les a accompagnés en leur permettant de bénéficier d'un système de rachat des cotisations prescrites, fixé par circulaire en 2016. Toutefois, la complexité de la démarche et, surtout, le coût du dispositif, qui prend en compte un taux d'actualisation de 2,5 %, ont fortement limité la possibilité d'y recourir.

Alors que les modalités réglementaires sont en cours de réflexion, l'amendement vise à permettre aux caisses concernées d'affecter une part de leur aide sociale au soutien des artistes-auteurs. Cette aide supplémentaire doit permettre de corriger les effets néfastes liés aux dysfonctionnements du recouvrement des cotisations versées par les artistes-auteurs, au bénéfice de plusieurs milliers de pensionnés.

Avec l'adoption de cet amendement, nous complèterions la réforme du régime social des artistes, après avoir étendu leurs droits aux IJ, simplifié la déclaration sur leurs cotisations et assuré le remboursement plus rapide des cotisations indûment versées. Nous pouvons être fiers de cette initiative parlementaire qui fait suite aux travaux du Printemps social de l'évaluation.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Avis évidemment favorable. C'est la même logique qui sous-tend les mesures ouvrant la possibilité à certains travailleurs indépendants de racheter des trimestres.

La commission adopte l'amendement.

Article 53

Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés

La commission adopte l'article 53 non modifié.

TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux

La commission adopte l'article 54 non modifié.

Article 55

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission adopte l'article 55 non modifié.

Article 56

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022

Amendement de suppression AS665 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Constante et cohérente dans mes convictions, je vais essayer de vous convaincre, pour la cinquième année consécutive, que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est néfaste pour les établissements de santé. Sa suppression permettrait aux hôpitaux de respirer et de travailler correctement.

M. le rapporteur général. Hors crise sanitaire, les dépenses augmenteront de 3,8 % par rapport à 2021, sans aucune économie réalisée sur les établissements de santé.

Le sous-objectif « Établissements de santé » est ainsi en hausse de 4,1 %, soit 3,7 milliards d'euros. En dehors des dépenses liées au Ségur de la santé, le PLFSS prévoit une augmentation historique des ressources courantes des établissements de santé, dont la progression s'établit à 2,7 %, contre 2,3 % en moyenne sur la dernière décennie, soit une évolution tendancielle supérieure à celle prévue dans le protocole de financement pluriannuel, de 2,4 %.

De manière exceptionnelle, le sous-objectif est construit en n'intégrant aucun impératif d'économies. Les établissements de santé bénéficieront directement du fruit des actions d'efficience qu'ils continueront à mener.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS906 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'essentiel des 2 milliards d'euros du volet numérique du Ségur de la santé est consacré à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé. Rien n'a été prévu pour les données de santé. Lors des confinements, aucune donnée concernant les soins de ville n'est remontée et sans le système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles, nous n'aurions pas eu de données des hôpitaux. Aucun travail de recherche de haut rang n'a été publié sur les données cliniques, seuls quelques entrepôts artisanaux, de manière isolée, ont publié des données.

Faute de financements de l'État, il n'y a pas de valorisation économique des données, pas de masse critique, pas de partenariat public-privé performant. Les *start-up* vont chercher des données aux États-Unis ou en Chine, les grands groupes ne choisissent pas la France comme terrain d'investissement. Le temps presse !

Avec cet amendement, je propose d'accorder un financement de 20 millions aux établissements de santé pour la création de dix entrepôts de données de santé (EDS). Ces entrepôts seraient reliés au *health data hub*, ce qui permettrait de développer la recherche. C'est fondamental : si nous ne le faisons pas, nous serons doublés par tout le monde dans les années qui viennent !

M. le rapporteur général. Je ne comprends pas bien la différence entre les EDS et le *health data hub*, créé par la LFSS 2019. Par ailleurs, nous avons adopté l'an dernier un budget de 400 millions d'euros sur trois ans pour le soutien à la circulation des données de santé dans les établissements de santé, dans le cadre du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ces sommes sont consacrées aux logiciels, mais rien ne permet de relier les EDS existants au *health data hub*. Ils ne travaillent pas ensemble et aucun travail de recherche ne peut se faire sur la base de leurs données.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1011 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Il s'agit cette fois, après l'adoption de mon amendement sur les transports bariatriques, d'un amendement d'appel. Nous proposons de consacrer 10 millions d'euros à la prise en charge des personnes en situation de grande obésité pour garantir leur mobilité et leur accès effectif au système de santé. Il n'existe pas de données permettant de cerner les besoins réels, d'où nos demandes de rapports et d'expérimentations. Ces 10 millions ne doivent pas être considérés comme venant diminuer les moyens alloués à d'autres missions de santé mais comme un investissement : ils éviteront les graves complications dues aux difficultés rencontrées par ces personnes pour accéder aux soins.

M. le rapporteur général. Cet appel a été entendu, comme en témoigne l'adoption, contre mon avis, de votre amendement AS1008. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS842 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Permettez-moi, madame la présidente, de répondre à Thierry Michels : dans l'amendement AS1008, vous proposiez d'utiliser le FIR pour financer la prise en charge des transports bariatriques, tandis que dans l'amendement AS1011, vous extrayez les 20 millions d'euros du sous-objectif « Dépenses relatives au FIR ». Ce n'est pas cohérent !

Mon amendement vise à attribuer une enveloppe de 50 millions d'euros pour la revalorisation de carrière des 14 000 psychologues des établissements publics de santé ainsi que pour la rémunération des fonctions de psychologue coordonnateur.

M. le rapporteur général. Comme tous les personnels hospitaliers, les psychologues bénéficient, grâce à la dernière LFSS, du complément de traitement indiciaire à l'hôpital : ils gagnent 183 euros nets de plus chaque mois. S'ils font partie d'un projet d'équipe, ils peuvent aussi percevoir la prime d'engagement collectif – le pilier 3 des revalorisations du Ségur de la santé –, soit 100 euros nets mensuels.

Je ne crois pas nécessaire de vous rappeler l'engagement de ce gouvernement sur la reconnaissance du rôle majeur des psychologues au sein du système de santé. J'attends, comme vous, les amendements qu'il pourra nous présenter dans le cadre de la séance publique.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS88 de M. Stéphane Viry et AS605 de M. Thibault Bazin.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS88 est défendu.

M. Thibault Bazin. Vous avez évoqué une augmentation de l'ONDAM de 3,8 % mais il ne s'agit que d'une moyenne. Le taux de reconduction des financements alloués aux établissements et services pour personnes âgées doit être fixé à un taux supérieur à celui de l'inflation.

M. le rapporteur général. Lors de son audition, la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a expliqué qu'elle n'avait jamais vu au cours de sa carrière une revalorisation aussi importante de l'objectif global de dépenses médico-social.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, cet objectif sera en hausse de 4,4 % ; le sous-objectif « Personnes âgées » augmentera de 4,2 % et le sous-objectif « Personnes handicapées » de 4,7 %. Ainsi, 1,2 milliard d'euros seront consacrés au secteur médico-social en 2022. Je ne reviendrai pas sur chacune des mesures en faveur des personnes âgées prévues par ce texte, comme la réforme des services à domicile ou les moyens supplémentaires en EHPAD, car la liste est longue.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 56 **non modifié**.*

Après l'article 56

Amendements identiques AS59 de M. Stéphane Viry et AS214 de M. Pierre Dharréville.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS59 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS60 de M. Stéphane Viry.

Mme Marine Brenier. L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements identiques AS57 de M. Stéphane Viry, AS364 de M. Joël Aviragnet, AS559 de M. Thibault Bazin et AS830 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS57 est défendu.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS364 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS58 de M. Stéphane Viry.

Mme Marine Brenier. L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS336 de M. Joël Aviragnet.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Article 57

Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

*La commission **adopte** l'article 57 **non modifié**.*

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

*La commission **adopte** l'article 58 **non modifié**.*

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

*La commission **adopte** l'article 59 **non modifié**.*

Article 60

Objectifs de dépenses de la branche famille

*La commission **adopte** l'article 60 **non modifié**.*

Article 61

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Amendement de suppression AS666 de Mme Caroline Fiat.

*Suivant l'avis de Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social, la commission **rejette** l'amendement.*

*La commission **adopte** l'article 61 **non modifié**.*

Après l'article 61

Amendement AS610 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous demandons la revalorisation, par décret, de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA).

Mme la rapporteure. La loi prévoit déjà que le montant de l'AJPA est fixé par décret ; votre amendement est donc satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS32 de M. Philippe Chalumeau.

M. Philippe Chalumeau. Nous proposons que le Gouvernement, par un rapport, éclaire le Parlement sur la gouvernance de la politique de l'autonomie.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS66 de M. Stéphane Viry et AS1063 de Mme Annie Vidal.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS66 est défendu.

Mme Annie Vidal. Il s'agit d'une demande de rapport sur la trajectoire financière de la branche autonomie d'ici à 2030. Celui-ci contiendrait des propositions pour affecter progressivement de nouvelles ressources publiques au financement durable de cette branche et garantir ainsi la pérennité des financements destinés au fonctionnement et à l'investissement de l'ensemble des dispositifs et mesures du secteur médico-social.

Je regrette, madame la présidente, que les conditions d'examen, la fatigue et le manque d'écoute qui y sont liés, ne soient pas à la hauteur d'un texte aussi important que celui-ci. Nous pourrions songer à la qualité de nos travaux lorsque nous discutons de celle, attendue, des prestataires, notamment à domicile. Bien des sujets auraient mérité que l'on s'y attarde davantage.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je rejoins les propos d'Annie Vidal. Ce n'est pas parce que nous décidons de prolonger la séance qu'il faut bâcler le travail. Certains amendements n'ont pas reçu de réponse circonstanciée de la part du rapporteur.

M. Pierre Dharréville. Faut-il le rappeler ? Nous avons exprimé ces réserves en début de discussion.

M. Thibault Bazin. Il ne faut pas tirer sur l'ambulance, mais je regrette que certains d'entre nous n'aient pu disposer du temps de parole nécessaire pour discuter des amendements. Les règles doivent s'appliquer à tous, quitte à donner des temps précis. Il faut pouvoir débattre de façon approfondie et ne pas bâcler pour tenter de terminer. Il est vrai que les conditions qui nous ont été imposées étaient mauvaises et que vous n'en êtes pas responsable, madame la présidente : nous n'avons pu disposer du texte que tardivement et la date butoir de dépôt des amendements était très rapprochée. Je remercie toutefois le rapporteur général de s'être efforcé d'exprimer un avis détaillé sur chacun d'entre eux.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je tiens à dire que je pense avoir donné la parole à toutes les personnes désireuses de s'exprimer.

Mme Caroline Fiat. J'avais prévenu dès lundi que les conditions de cet examen seraient compliquées. Mais il est vrai que nous avons pu avoir la parole lorsque nous le demandions et que le rapporteur général a pu exprimer ses avis. Grâce à cette séance prolongée, je pourrai être en circonscription demain pour vendre les brioches de l'amitié de l'AEIM-54 !

M. le rapporteur général. Nous avons prolongé d'une heure et je crois avoir mis autant d'énergie que ce matin, dès 9 heures, pour apporter les réponses les plus complètes aux amendements qui étaient défendus.

Comme vous, je ne suis pas satisfait des conditions d'examen de ce PLFSS – nous nous en plaignons chaque année depuis le début de cette législature. C'est pourquoi je vous engage à voter la proposition de loi organique relative aux LFSS, actuellement en navette.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** les amendements.*

Article 62

Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)

*La commission **adopte** l'article 62 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifié**.*