

JEUDI 16 NOVEMBRE 2023

**Partage de la valeur au sein de l'entreprise
(Conclusions de la CMP)**

**Financement de la sécurité sociale
pour 2024 (Suite)**

SOMMAIRE

PARTAGE DE LA VALEUR AU SEIN DE L'ENTREPRISE (Conclusions de la CMP)	1
Mme Frédérique Puissat, rapporteur pour le Sénat de la CMP	1
M. Olivier Dussopt, ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion	1
Mme Guylène Pantel	2
M. Xavier Iacovelli	2
Mme Monique Lubin	3
M. Laurent Burgoa	3
Mme Corinne Bourcier	3
M. Olivier Henno	4
Mme Raymonde Poncet Monge	4
Mme Cathy Apourceau-Poly	4
FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024 (Suite).....	5
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	5
ARTICLE 20 (Suite)	5
APRÈS L'ARTICLE 20	9
ARTICLE 21	12
Mme Anne Souyris	12
M. Daniel Chasseing	12
APRÈS L'ARTICLE 21	12
ARTICLE 22	13
Mme Cathy Apourceau-Poly	13
Mme Nadia Sollogoub	14
Mme Émilienne Poumirol	14
<i>Mise au point au sujet d'un vote</i>	16
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	16
APRÈS L'ARTICLE 22	16
ARTICLE 22 BIS	18
ARTICLE 22 TER	18
Mme Anne Souyris	18
M. Olivier Henno	19
APRÈS L'ARTICLE 22 TER	19
ARTICLE 22 QUATER	21
ARTICLE 23	22
M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales	22
M. Alain Milon	22
Mme Cathy Apourceau-Poly	22

M. Bernard Jomier	22
M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention	22
APRÈS L'ARTICLE 23	29
ARTICLE 25	33
M. Daniel Chasseing	33
APRÈS L'ARTICLE 25	34
ARTICLE 26	38
APRÈS L'ARTICLE 26	39
ARTICLE 26 <i>BIS</i>	43
M. Daniel Chasseing	43
ARTICLE 26 <i>QUATER</i>	43
ARTICLE 26 <i>SEXIES</i>	44
AVANT L'ARTICLE 27	45
ARTICLE 27	49
<i>Mise au point au sujet d'un vote</i>	50
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	50
ARTICLE 27 (<i>Suite</i>)	50
ARTICLE 27 <i>BIS</i>	54
ARTICLE 28	54
APRÈS L'ARTICLE 28	57
ARTICLE 29	59
ARTICLE 29 <i>BIS</i>	60
ARTICLE 30	60
APRÈS L'ARTICLE 30	64
ARTICLE 31	64
Mme Marianne Margaté	64
ARTICLE 32	65
APRÈS L'ARTICLE 32	66
ARTICLE 33	66
APRÈS L'ARTICLE 33	69
ARTICLE 34	70
ARTICLE 34 <i>BIS</i>	70
APRÈS L'ARTICLE 34 <i>BIS</i>	70
<i>Ordre du jour du vendredi 17 novembre 2023</i>	71

SÉANCE

du jeudi 16 novembre 2023

24^e séance de la session ordinaire 2023-2024

PRÉSIDENTE DE MME SOPHIE PRIMAS,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRES :
M. JOËL GUERRIAU, MME MARIE-PIERRE RICHER.

La séance est ouverte à 10 h 30.

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

Partage de la valeur au sein de l'entreprise (Conclusions de la CMP)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle l'examen des conclusions de la commission mixte paritaire (CMP) chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise.

Mme Frédérique Puissat, rapporteur pour le Sénat de la CMP. – (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur quelques travées du groupe UC ; Mme Corinne Bourcier applaudit également.*) La CMP est parvenue à un texte commun, conforme à la volonté de la majorité sénatoriale : retranscrire fidèlement et complètement l'accord national interprofessionnel (ANI). Le Gouvernement s'y était engagé, le Parlement l'a fait !

Le texte respecte l'accord tout en conservant les apports des deux chambres. La CMP a retenu les articles 1^{er} et 1^{er bis} sur les négociations de branche en vue de réviser les classifications.

Un accord est intervenu sur l'article 2 : les entreprises de moins de 50 salariés bénéficieront d'une formule dérogatoire de calcul de la participation en cas de mise en place volontaire d'un dispositif.

L'article 3 oblige les entreprises de 11 à 49 salariés réalisant durant trois exercices consécutifs un bénéfice d'au moins 1 % de leur chiffre d'affaires à instituer un dispositif de partage de la valeur. L'économie sociale et solidaire (ESS) sera également concernée avec l'article 3 bis. Cette faculté sera ouverte après le 31 décembre 2024, date retenue par les partenaires sociaux et souhaitée par le Sénat.

La CMP a approuvé l'article 5, qui met en place un nouveau dispositif de partage de la valeur en cas d'augmentation du bénéfice net fiscal de l'entreprise,

ainsi que l'article 7 créant un nouveau dispositif de partage de la valorisation de l'entreprise.

Pour renforcer le pouvoir d'achat des salariés des PME, l'article 6 prolongera le dispositif temporaire d'exonération fiscale de la prime jusqu'en 2026.

En revanche, l'article 10 bis, visant à prendre en compte les critères de responsabilité sociale et environnementale (RSE) dans le calcul de l'intéressement, n'a pas été retenu, car c'est déjà possible. De même, l'article 14 bis relève du domaine réglementaire - Michel Canévet a accepté d'y renoncer.

L'article 13 bis, introduit au Sénat, a été écarté par la CMP, car il risquait de fragiliser le régime fiscal.

La CMP a adopté les mesures favorisant l'actionnariat salarié, notamment pour les fonds communs de placement d'entreprise (FCPE).

Ce texte facilitera le développement des outils de partage de la valeur dans les entreprises au profit des salariés. Il appartient désormais au Gouvernement de prendre des mesures réglementaires, puis aux branches et aux entreprises de s'en saisir. Conformément à l'article L. 1 du code du travail introduit par la [loi](#) Larcher de 2007, nous redonnons toute sa place à la démocratie sociale au sein des entreprises. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains et sur quelques travées du groupe UC ; Mme Corinne Bourcier applaudit également.*)

M. Olivier Dussopt, ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion. – Le Gouvernement accueille avec beaucoup de satisfaction l'accord du 10 février 2023 - double satisfaction, tant pour le dialogue social que pour la démocratie parlementaire.

Comme le prévoit l'article L. 1 du code du travail, vous avez transposé fidèlement et intégralement l'ANI et démontré votre capacité à concilier démocratie sociale et démocratie parlementaire, en préservant le droit d'amendement. Grâce à leur sens des responsabilités et un subtil dialogue, les deux assemblées sont parvenues à un accord. Je salue la qualité des discussions parlementaires et le travail des deux rapporteurs.

Le texte poursuit deux objectifs majeurs : une action sur le pouvoir d'achat et une participation accrue des salariés à la vie de l'entreprise.

Il complète la [loi](#) Pacte, les mesures d'urgence prises lors de la crise sanitaire et les mesures de lutte contre l'inflation. Augmenter le pouvoir d'achat par le partage de la valeur, c'est revaloriser le travail et renforcer la solidarité de destin entre l'entreprise et le salarié.

Le 16 décembre 2022, j'avais invité les partenaires sociaux à ouvrir une négociation. À l'époque, personne n'y croyait. Mais un accord est intervenu le 10 février 2023, signé par sept des organisations syndicales et patronales représentatives. Fort de ce consensus, je

m'étais engagé à retranscrire tout l'accord, rien que l'accord.

La qualité des débats a fait converger les points de vue.

Outre une série de simplifications, l'obligation de négociation d'ici le 31 décembre pour réviser les classifications non revues depuis cinq ans améliorera les rémunérations et fait écho au chantier issu de la conférence sociale lancée par la Première ministre. Rares sont les TPE et les PME qui disposent d'outils de partage de la valeur - moins de 10 % des entreprises de 10 à 49 salariés. Nous misons sur le dialogue social pour aboutir à des accords de branche. Ces dispositions, techniques, permettront à 1,5 million de salariés d'accéder à des dispositifs de partage de la valeur, d'intéressement ou de participation.

Le texte crée aussi un plan de partage de la valorisation de l'entreprise : une prime sera distribuée aux salariés quand la valeur de l'entreprise aura augmenté durant les trois années du plan, afin de fidéliser les salariés et les intéresser à la croissance de leur entreprise.

Jusqu'au 31 décembre 2026, la prime de partage de la valeur (PPV) sera fiscalement exonérée pour les salariés dont la rémunération est inférieure à trois Smic dans les entreprises de moins de 50 salariés.

Le Parlement a affirmé, comme les partenaires sociaux, le principe de la non-substitution au salaire, consacré à l'article 2 A.

Le texte encourage l'actionnariat salarié : extension de la portion du capital par le versement d'actions gratuites, amélioration de la gouvernance des fonds d'actionnariat salarié, promotion d'une épargne verte, solidaire et responsable.

Il répond aux attentes des Français sur le pouvoir d'achat ; son parcours exemplaire est signe d'une bonne santé démocratique. Le Gouvernement, reconnaissant envers le Parlement, notamment les rapporteurs, vous invite à adopter les conclusions de la CMP. (*Applaudissements sur les travées des groupes INDEP et UC, ainsi que sur quelques travées du groupe Les Républicains*)

Mme Guylène Pantel. – (*Applaudissements sur les travées du RDSE*) Depuis la guerre en Ukraine, l'inflation mine le pouvoir d'achat des Français. Si le Gouvernement a pris plusieurs initiatives conjoncturelles, une réponse pérenne s'impose pour répondre au problème des salaires et aux inégalités sociales.

Selon l'Insee, la moitié de la population la moins aisée a vu son niveau de vie, en euros constants, reculer en 2021. Tout doit être fait pour améliorer les revenus. La transposition de l'ANI y pourvoit, même si ce n'est pas la solution unique. Je m'interroge sur les bas salaires. Certes, le Smic a été revalorisé trois fois en 2022 et deux fois en 2023, mais le chemin est

encore long. Il faut aborder la question des conditions du travail et de la pénibilité.

Cela dit, ce texte, fruit d'un dialogue social entre les organisations syndicales et patronales, va dans le bon sens.

Nous nous réjouissons que la CMP soit revenue sur quelques dispositions problématiques.

Le groupe RDSE ne s'oppose pas aux dispositifs proposés, que ce soit le développement de l'actionnariat salarié ou l'amélioration de l'épargne salariale.

Ces outils doivent profiter au plus grand nombre. À l'heure actuelle, seuls 3 % des salariés des entreprises de moins de 9 salariés en bénéficient, et 6 % dans les entreprises de 10 à 49 salariés.

L'intérêt de ces dispositifs dépend du résultat de l'entreprise : rien n'est jamais acquis en dehors du salaire fixe. Dès lors, n'oublions pas les augmentations de salaire !

Nous nous félicitons que le principe de non-substitution soit explicité à l'article 2 A. Ce garde-fou sera-t-il suffisant ?

Espérons que le projet de loi tiendra ses promesses. Le texte reste fidèle à l'ANI : le RDSE le votera. Il ne doit pas être pour solde de tout compte, mais le début d'une vision plus sociale et plus solidaire du partage des richesses. (*Applaudissements sur les travées du RDSE ; Mme Frédérique Puissat applaudit également.*)

M. Xavier Iacovelli. – Le 10 février dernier, les partenaires sociaux sont parvenus à un accord pour mieux partager la richesse, signé par sept organisations syndicales et patronales sur huit. Le Parlement a conservé l'essence de ce texte, symbole de la réussite de l'approche à la française du monde du travail. Le général de Gaulle, défenseur d'une politique sociale inédite fondée sur le travail, avait imaginé l'intéressement en 1959 et la participation en 1967.

Poussée par des salariés en quête de sens, l'entreprise ne se limite plus à sa seule dimension économique. Certaines se dotent d'une raison d'être et veulent répondre aux grands défis sociaux et environnementaux du siècle.

Le Gouvernement poursuit son effort en faveur du travail, de l'emploi, de la rémunération et de la redistribution. Le pouvoir d'achat est au cœur des préoccupations de nos compatriotes. Depuis 2017, le travail est au centre du jeu : je pense à la [loi](#) Pacte de 2019 ou à la [loi](#) portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat de 2022 qui a créé une nouvelle prime de partage de la valeur. Plus de cinq millions de salariés ont bénéficié de cette prime l'an dernier, jusqu'à 6 000 euros.

Le Gouvernement a engagé les partenaires sociaux à trouver un accord : c'était la bonne méthode.

Les conclusions de la CMP visent à renforcer le dialogue social sur les classifications, à simplifier la mise en place des dispositifs de partage de la valeur et à développer l'actionnariat salarié.

Les entreprises de 11 à 50 salariés devront instaurer un tel dispositif dès lors qu'elles font des bénéfices pendant trois ans consécutifs. En outre, les entreprises pourront accorder jusqu'à deux primes par an.

Nous répondons à des besoins urgents : améliorer le pouvoir d'achat des salariés et leur permettre de s'investir durablement dans leur travail. À l'inverse, les entreprises fidéliseront leurs salariés et rempliront mieux leur mission. Le groupe RDPI votera ce texte. *(Applaudissements sur les travées du RDSE ; Mme Frédérique Puissat applaudit également.)*

Mme Monique Lubin. – Lors de nos débats, nous nous sommes réjouis de l'accord trouvé par les partenaires sociaux, qui ont renoué avec la négociation et acté plusieurs avancées au profit des salariés.

Nous avons exprimé des réserves, car le paritarisme s'exprime de manière de plus en plus contrainte. Si les partenaires sociaux sont suffisamment responsables pour s'accorder sur des sujets complexes, l'encadrement des conditions de négociation est regrettable.

On l'a vu lors du débat sur le [projet de loi](#) de financement de la sécurité sociale pour 2024 : le ministre Cazenave réfute toute intention du Gouvernement de ponctionner les réserves de l'Agirc-Arrco, après que le Gouvernement a reculé à la suite du tollé à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement invoquait l'ANI qui prévoyait une revalorisation des pensionnés de ce régime de 4,9 % et actait la fin du malus temporaire. Bref, l'exécutif pensait, par la loi, faire les poches des salariés du privé au profit de sa réforme des retraites !

Le Gouvernement, une fois encore, a étroitement cadré les débats : aucun retour sur la réforme de l'assurance chômage imposée en 2019, notamment. L'ANI n'a pas reçu l'aval de la CGT et de la CFE-CGC, pour des raisons différentes.

Le Gouvernement refuse d'organiser une négociation sur les salaires, préférant un autre type de partage de la valeur, qui prive l'Unédic de ressources précieuses. Dans le projet d'accord sur les conditions d'indemnisation des chômeurs pour 2024, les partenaires sociaux s'inquiètent d'un prélèvement de 2 milliards d'euros en 2023 puis 2,5 milliards en 2024 sur les ressources de l'Unédic, en vue de financer l'accompagnement et la formation des chômeurs. Une fois de plus, le Gouvernement s'emploie à assécher les réserves constituées par les travailleurs en court-circuitant les partenaires sociaux.

Alors que le taux de pauvreté s'établit à 14,5 % en 2021, selon l'Insee, nous aurions aimé que le

Gouvernement écoute vraiment les partenaires sociaux.

Le groupe SER s'abstiendra. *(Applaudissements sur les travées du GEST et du groupe CRCE-K)*

M. Laurent Burgoa. – *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains)* Ce texte vise à transposer l'ANI conclu en février dernier, afin de mieux associer les salariés aux performances de l'entreprise.

Notre objectif : transposer fidèlement les seules dispositions modifiant le code du travail, respecter le fruit du dialogue social et éviter d'alourdir le droit du travail.

Une commission mixte paritaire suppose du doigté, et je félicite notre rapporteur pour son brio. Dans un esprit de compromis, nous ne nous sommes pas opposés à l'adoption de dispositions ne relevant pas du niveau législatif. Nous avons retenu la rédaction du Sénat à l'article 1^{er} et conservé l'article 1^{er} bis introduit par l'Assemblée nationale, auquel nous n'étions pas opposés sur le fond.

À l'article 2, les entreprises de moins de 50 salariés pourront, à titre expérimental, recourir à un calcul de la participation dérogatoire lorsqu'elles mettent en place volontairement un dispositif.

L'article 3 oblige les entreprises de 11 à 49 salariés, au 1^{er} janvier 2025, à instituer un dispositif de participation ou d'intéressement ou à verser la prime de partage de la valeur (PPV) si elles réalisent un bénéfice net d'au moins 1 % de leur chiffre d'affaires pendant trois années successives.

L'article 5 a aussi fait l'objet d'un accord entre nos deux chambres, de même que l'article 6, qui prévoit que la PPV puisse être attribuée deux fois par année civile et prolonge le régime temporaire d'exonérations fiscales et sociales jusqu'à la fin 2026 pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Je me réjouis de l'article 14 qui encouragera l'investissement socialement responsable et en faveur de la transition écologique.

Le groupe Les Républicains votera en faveur de ce texte. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains)*

Mme Corinne Bourcier. – *(Applaudissements sur les travées du groupe INDEP)* Nous remercions les rapporteurs, la commission des affaires sociales et tous les parlementaires ayant participé à l'élaboration de ce texte.

Le projet de loi avait été adopté par le Sénat à une large majorité. La CMP est parvenue à un accord autour d'un texte juste et équilibré. Il est le fruit d'un ANI conclu entre la plupart des organisations représentatives le 10 février 2023. Notre groupe a salué ce dialogue social transpartisan et apaisé.

Le partage des richesses nouvellement créées est une bonne nouvelle - *a fortiori* en période d'inflation,

alors que le pouvoir d'achat reste la première préoccupation des Français.

Le projet de loi améliore le pouvoir d'achat des salariés des PME en ouvrant l'accès aux mécanismes de partage de la valeur aux petites entreprises. Il s'agit d'atténuer les écarts de rémunérations entre petites et grandes entreprises et de mieux valoriser le travail des salariés.

Gare toutefois à ce que ces dispositifs ne se substituent pas à d'éventuelles augmentations de salaires.

Ce projet de loi engage davantage les salariés dans leur travail en les associant aux profits de leur entreprise. Il va dans le bon sens. Le groupe INDEP l'accueille favorablement. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP ; M. Xavier Iacovelli et Mme Frédérique Puissat applaudissent également.*)

M. Olivier Henno. – (*Applaudissements sur les travées du groupe UC et sur plusieurs travées du groupe Les Républicains*) Je salue le travail de la commission des affaires sociales et de notre rapporteur, dont j'applaudis la pugnacité et l'énergie. Il est plus facile d'être son allié que son opposant ! (*Sourires*)

M. Olivier Dussopt, ministre. – Vous avez raison !

M. Olivier Henno. – L'examen du projet de loi a été respectueux de l'ANI. Nous pouvons en être fiers, le Sénat étant attaché depuis toujours au paritarisme.

Intéressement, participation et démocratie sociale renvoient au gaullisme social et à l'économie sociale de marché, convictions qui nous sont chères. Avec plus d'intéressement et de participation dans les entreprises, nous n'aurions peut-être pas tant de débats sur les superprofits !

Il faut étendre le partage de la valeur aux PME - c'est tout le défi de cet accord, dont le Gouvernement aura à vérifier l'application.

Je salue aussi l'action du ministre en faveur du paritarisme, dans le cadre de la loi Larcher. C'est une bonne nouvelle pour la démocratie sociale, qui n'est pas, tant s'en faut, l'ennemie de la démocratie parlementaire. Elle participe notamment de l'apaisement de la société, de la logique du compromis, dans la tradition du modèle rhénan, de la refondation des rapports sociaux et est un antidote à la financiarisation de l'économie.

Le retour du paritarisme est donc à saluer. À nous d'être vigilants sur la bonne application des différents points de l'ANI. Nous voterons ce texte, avec un enthousiasme revendiqué ! (*Applaudissements sur les travées des groupes UC, INDEP et sur plusieurs travées du groupe Les Républicains*)

Mme Raymonde Poncet Monge. – Selon l'Insee, l'inflation est encore de 4 %, portée par une inflation alimentaire de 15 % sur un an. La hausse atteint 9,5 % pour les produits de grande consommation : seule la

Belgique fait pire ! Cette pression pèse sur les ménages, notamment les travailleurs pauvres.

Depuis 1990, la part des salaires dans la valeur brute des sociétés non financières recule de cinq points. Jusqu'en 2017, les salaires bruts réels accusaient une baisse de 0,1 % par an. Depuis, ils ont décroché de 7 %. En 2021, 545 000 personnes de plus qu'en 2017 vivaient sous le seuil de pauvreté. Travailler ne protège pas de la pauvreté : 25 % des ménages insérés dans le marché du travail sont en situation de pauvreté. Plus de 14 % de personnes sont en situation de privation matérielle et sociale. Selon le [rapport](#) 2023 du Secours catholique, la pauvreté s'étend, s'aggrave et se féminise.

Face à cette paupérisation aggravée par votre politique antisociale, à la déflation salariale entamée depuis quarante ans et alors que la boucle prix-profit dope les marges et les dividendes des multinationales, il fallait des mesures audacieuses. Une conférence sociale des salaires était nécessaire pour équilibrer enfin le partage des richesses. Le premier partage de valeur, celui qui compte réellement, c'est la part des salaires dans la richesse produite ! Au lieu de cela, le texte fait la part belle aux primes ponctuelles, alors que la prime pour le pouvoir d'achat était censée être exceptionnelle... L'effet substitutif est pourtant avéré.

Le Gouvernement prétend que ce texte transcrit intégralement l'ANI. C'est inexact, en raison des ajouts et des oublis. Il encense le dialogue social qu'il a piétiné durant la réforme des retraites, en oubliant de rappeler le cadre contraignant imposé pour la négociation.

Ces mesures, désocialisées et défiscalisées, assèchent les ressources de la sécurité sociale.

Notre amendement pour une séparation des temps de négociation, qui reprenait une demande des organisations syndicales, n'a pas été retenu.

Saluons toutefois le rétablissement d'un bilan des actions des branches en faveur de la mixité des emplois ou encore de l'article 9 bis, qui garantit le recalcul du montant de la participation des salariés en cas de rectification de la déclaration des résultats d'un exercice.

Ce texte est en deçà des enjeux d'une juste répartition des richesses. Il n'apportera pas de solution macroéconomique au décrochage des salaires dans le partage de la valeur ajoutée. Le GEST s'abstiendra.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE-K*) Le 17 avril 2023, Emmanuel Macron déclarait : « J'ai entendu dans les manifestations une opposition à la réforme des retraites mais aussi une volonté de retrouver du sens dans son travail, d'en améliorer les conditions, d'avoir des carrières qui permettent de progresser dans la vie. (...) Ce nouveau pacte de la vie au travail sera construit dans les semaines et les mois qui viennent. »

À ce titre, le Gouvernement s'est empressé de transposer l'accord minimal sur le partage de la valeur dans l'entreprise. Au cours de nos débats, tous les amendements visant à compléter, améliorer et étendre cet accord ont été retoqués par la majorité sénatoriale et le Gouvernement : il ne fallait voter que l'ANI, seulement l'ANI, rien que l'ANI ! (*M. Laurent Burgoa le confirme.*) Même l'avancement à 2024 de l'obligation de partage de la valeur dans les PME réalisant des bénéfices a dû être retiré de la version finale du projet de loi.

Nous vous rappellerons cette posture, qui dénie notre droit constitutionnel d'amendement, lorsqu'il s'agira de transposer l'accord sur l'assurance chômage !

Ce projet de loi réussit l'exploit d'être muet sur la question du salaire, qui pourtant résulte du rapport de force dans l'entreprise pour partager la richesse créée, qui ouvre des droits à la protection sociale. L'intéressement ne pourra jamais le remplacer. D'autant que les primes ne sont pas pérennes, et sont octroyées selon le bon vouloir des employeurs ! L'effet de substitution vis-à-vis des salaires est avéré. À la clé, une perte de recettes pour la sécurité sociale et une perte de droits pour les salariés.

« Les partenaires sociaux réaffirment que le salaire doit rester la forme essentielle de la reconnaissance du travail fourni par les salariés et des compétences mises en œuvre à cet effet », dit le préambule de l'ANI. Un véritable partage de la valeur passerait par l'indexation des salaires sur l'inflation, la revalorisation du Smic à 1 600 euros nets et l'application stricte de l'égalité salariale entre les hommes et les femmes.

Nous n'attendions rien des annonces du Président de la République, mais nous sommes tout de même déçus... Le CRCE-K votera contre ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE-K et du GEST ; Mme le rapporteur le regrette.*)

Le projet de loi est adopté.

La séance est suspendue quelques instants.

Financement de la sécurité sociale pour 2024 (Suite)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, (PLFSS) considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour 2024.

Discussion des articles de la troisième partie (Suite)

ARTICLE 20 (Suite)

Mme la présidente. – Amendement n°379 rectifié *ter*, présenté par Mmes Deseyne, Lassarade et M. Mercier, M. Allizard, Mme Lavarde, MM. D. Laurent, Cadec, Panunzi, Sol, Bonhomme, Bruyen, Somon, Burgoa et Sautarel, Mme Dumont, M. Brisson, Mme Estrosi Sassone, M. Bouchet, Mmes Gruny, Berthet et Puissat, M. Anglars, Mmes Bellurot et Richer, MM. Tabarot et Belin, Mmes Micouleau, Eustache-Brinio et Demas, M. Gueret, Mme Malet, MM. Gremillet et Pointereau, Mmes Aeschlimann, Canayer et Josende, M. Mandelli, Mmes Belrhiti et Bonfanti-Dossat, MM. Bouloux, Sido et Rapin, Mme Di Folco, M. Klingner et Mme Joseph.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I. – La première phrase du second alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « et de détecter les troubles de l'audition ».

Mme Chantal Deseyne. – Le repérage tardif des déficiences auditives peut avoir de lourdes conséquences. Cet amendement prévoit un repérage au cours de chaque rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. – Amendement identique n°452 rectifié *ter*, présenté par MM. Milon, J.B. Blanc et Khalifé et Mme Petrus.

M. Alain Milon. – Je retire cet amendement, ainsi que l'amendement n°134 rectifié *sexies* qui témoignaient malgré moi d'une méfiance à l'égard des médecins.

*Les amendements n°s 452 rectifié *ter* et 134 rectifié *sexies* sont retirés.*

Mme la présidente. – Amendement identique n°1137 rectifié, présenté par Mme Morin-Desailly, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Chauvet, Duffourg, Kern et Canévet, Mme Romagny, M. Levi, Mmes Vérien, Saint-Pé et Billon et MM. Menonville, Folliot, Delcros et Bleunven.

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. – Je vous prie d'excuser Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie, absente pour raisons personnelles.

Les rendez-vous de prévention pourront être assurés par des médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens. Tous ne sont pas compétents pour dépister des troubles de l'audition. Systématiser la réalisation d'un acte précis n'est pas pertinent, les rendez-vous étant personnalisés : on ne fait pas les mêmes examens à un patient de 20 ou de 65 ans. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé*. – Comme l'a rappelé Aurélien Rousseau, l'objectif de ces rendez-vous est d'abord de s'adapter à chaque personne et à chaque âge de la vie. Préciser leur contenu dans la loi serait contre-productif : on risque d'en oublier. Charge aux professionnels de santé de prendre les dispositions nécessaires en fonction de l'âge et de l'état de santé des personnes examinées.

Mme Chantal Deseyne. – Cet amendement est effectivement contre-productif. Je le retire.

Les amendements identiques n^{os} 379 rectifié ter et 1137 rectifié sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n^o69 rectifié *sexies*, présenté par MM. Bonhomme et Pellevat, Mmes Canayer et Demas, M. Frassa, Mme Micouleau, M. Klinger, Mme Drexler, M. de Nicolaÿ, Mme Muller-Bronn, M. Bruyen, Mme Schalck, MM. Paumier et Brisson, Mme Berthet, MM. Sautarel, Genet et Pointereau, Mme Aeschlimann et M. Gremillet.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... - La première phrase du second alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « et d'évaluer les risques de diabète ».

M. François Bonhomme. – Cet amendement prévoit un repérage des risques de diabète lors des rendez-vous de prévention. Quelque 4,2 millions de personnes sont touchées, dont 97 % par le diabète de type 2. Selon Santé publique France, 12 % des cas de diabète de type 2 ont été découverts à l'occasion d'une complication - d'où l'importance d'un repérage précoce. Nous pouvons aussi agir sur plusieurs facteurs, comme la sédentarité ou les mauvaises habitudes alimentaires.

Vous allez me répondre que c'est une liste à la Prévert... Mais le diabète est la première maladie chronique, qui progresse chaque année.

Mme la présidente. – Amendement identique n^o572 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Verzelen et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy.

M. Daniel Chasseing. – Il s'agit du même amendement que celui de M. Bonhomme. Le médecin décide, bien sûr, mais les questionnaires comportent des questions sur les antécédents.

Mme la présidente. – Amendement identique n^o745 rectifié *bis*, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard,

Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut prévoir explicitement l'évaluation des risques de diabète, car près de 12 % des diabètes de type 2 sont découverts à l'occasion d'une complication. Ce repérage permettra un diagnostic précoce.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. – Même avis.

*Les amendements identiques n^{os} 69 rectifié *sexies* et 572 rectifié *ter* sont retirés.*

*L'amendement n^o745 rectifié *bis* n'est pas adopté.*

Mme la présidente. – Amendement n^o250, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 1

I. – Au début de cet alinéa

Insérer les mots :

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « en coordination avec le médecin traitant » et,

II. – Remplacer les mots :

de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique

par les mots :

du même article

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – Les rendez-vous de prévention ne sont pas des consultations médicalisées et ne seront pas intégrés au parcours de soins. Ils doivent néanmoins être organisés en coordination avec les médecins traitants, selon les recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) de mars 2023.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. – Le bilan de prévention devra être transmis au médecin traitant, pierre angulaire de la prise en charge du patient. Cet amendement est donc satisfait : retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n^o250 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n^o1291, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 6

Remplacer les mots :

et L. 162-16-1

par les mots :

, L. 162-16-1 et L. 162-32-1

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Les professionnels des centres de santé pourront participer aux rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1359, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Il s'agit du même amendement.

Les amendements identiques n°s 1291 et 1359 sont adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°180 rectifié *quater*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus, M. Sol et Mme Malet.

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 1° Les conditions dans lesquelles les médecins, infirmiers, sage-femmes, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes réalisent ces rendez-vous ;

M. Alain Milon. – Les masseurs kinésithérapeutes doivent aussi pouvoir réaliser des rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. – Amendement identique n°401 rectifié *quater*, présenté par Mmes Lassarade et Berthet, MM. Anglars, Panunzi, Cadec et Pellevat, Mme Dumont, MM. Brisson et Bouchet, Mme M. Mercier, MM. Houpert et Allizard, Mme Micouleau, M. Pointereau, Mme Gosselin, MM. Lefèvre, Saury et Mandelli, Mmes Belrhiti et Bonfanti-Dossat et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

L'amendement identique n°680 rectifié bis n'est pas défendu.

L'amendement n°671 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°1237, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 7

Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, de manière monoprofessionnelle ou en équipe pluriprofessionnelle,

Mme Émilienne Poumirol. – Une équipe pluriprofessionnelle, rémunérée sous la forme d'un forfait, doit pouvoir réaliser ces rendez-vous de prévention. Il est temps de repenser l'exercice de la médecine, qui doit passer d'un exercice isolé à un exercice collaboratif, ce qui permettra de dégager du temps médical.

Mme la présidente. – Amendement n°509 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno, Houpert, Ouizille et Gremillet.

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette liste comprend des professionnels spécialistes des questions liées à la santé des femmes, comme les sages-femmes et les gynécologues.

M. Daniel Chasseing. – Les gynécologues doivent pouvoir eux aussi mener des rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. – Amendement n°510 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno, Houpert, Ouizille et Gremillet.

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette liste comprend des professionnels spécialistes des questions liées à la santé des femmes, notamment les sages-femmes ;

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement va dans le même sens.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1104 rectifié *ter*, présenté par Mme Billon, MM. Laugier et Pillefer, Mmes Vermeillet et Loisier, MM. Bonnacarrère et Canévet, Mme Tetuanui, MM. Delahaye et Bonneau, Mme O. Richard, M. Kern, Mmes de La Provôté et Gatel, MM. P. Martin et Longeot, Mmes Guidez et Herzog, MM. S. Demilly, Duffourg et Bleunven, Mmes Morin-Desailly et Antoine et M. Chauvet.

Mme Annick Billon. – Dans ses rapports [Femmes et ruralité : en finir avec les zones blanches de l'égalité](#) et [Santé des femmes au travail](#), la délégation aux droits des femmes a insisté sur la nécessité d'associer les sages-femmes au parcours de soins.

Les femmes renoncent de plus en plus au suivi gynécologique, notamment dans les secteurs ruraux. Le réseau des sages-femmes, dynamique, pourrait combler le manque de gynécologues. Un [rapport](#) de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de juillet 2021 recommande de donner à ces professionnels une place prépondérante.

C'est pourquoi nous proposons d'inscrire les sages-femmes dans la liste des professionnels qui réaliseront les rendez-vous de prévention.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Sur les amendements identiques n°s 180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater*, avis

favorable : le rôle des masseurs kinésithérapeutes est essentiel.

Je comprends l'intention de l'amendement n°1237, mais il pose des difficultés de rémunération : avis défavorable.

Les amendements n°509 rectifié, 510 rectifié et 1104 rectifié *ter* sont satisfaits : les gynécologues sont des médecins et les sages-femmes sont déjà listées dans les professions pouvant intervenir. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable aux amendements identiques n°180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater* : nous ne souhaitons pas fixer la liste des professionnels de santé dans la loi, celle-ci sera établie par voie réglementaire. Voyons déjà comment les rendez-vous de prévention se mettront en place avec les quatre professions envisagées - médecin, infirmier, sage-femme et pharmacien -, avant d'envisager, le cas échéant, un élargissement à d'autres professions de santé.

Les amendements n°509 rectifié, 510 rectifié et 1104 rectifié *ter* sont satisfaits : retrait, sinon avis défavorable.

Madame Poumirol, le financement par forfait pose problème dans votre amendement n°1237 : avis défavorable.

Mme Annick Billon. – Mon amendement est-il vraiment satisfait ? (*Mme la ministre le confirme.*)

M. Alain Milon. – L'amendement de Mme Poumirol me paraît le meilleur. (*Mme Émilienne Poumirol s'en réjouit.*)

Madame la ministre, je ne vois pas quelle différence vous faites entre un centre de santé et une équipe pluriprofessionnelle.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Mon amendement visait à autoriser les professionnels de santé salariés des centres de santé à réaliser les rendez-vous de prévention.

Avec l'amendement de Mme Poumirol, plusieurs professionnels prendraient en charge le bilan de prévention : on passe de la rémunération d'un seul professionnel à un forfait destiné à une équipe.

Mme Émilienne Poumirol. – En effet, mon idée est que le bilan soit réalisé par une équipe, rémunérée par un forfait à partager entre ses membres.

M. Daniel Chasseing. – Puisque les gynécologues et les sages-femmes figurent bien dans la liste des professionnels pouvant mener les rendez-vous de prévention, je retire les amendements n°509 rectifié et 510 rectifié.

Madame Poumirol, un rendez-vous de santé impliquant plusieurs professionnels me semble compliqué à mettre en œuvre.

Les amendements n°509 rectifié et 510 rectifié sont retirés.

Mme Céline Brulin. – Je trouve l'amendement de Mme Poumirol très intéressant, car nous plaillons tous pour un exercice coordonné de la médecine. Vous évoquez un problème pour rémunérer les acteurs, madame la ministre. Alors creusons le sujet, car la tarification à l'acte a montré ses limites.

Les amendements identiques n°180 rectifié quater et 401 rectifié quater sont adoptés.

Les amendements n°1237 et 1104 rectifié ter n'ont plus d'objet.

Mme la présidente. – Amendement n°251, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2026 et en l'absence de dispositions conventionnelles :

II. – Alinéa 8

Remplacer la référence :

2°

par la référence :

a)

III. – Alinéa 9

Remplacer la référence :

3°

par la référence :

b)

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Rien ne justifie que les rendez-vous de prévention ne soient pas soumis à la négociation conventionnelle. La commission propose donc de le faire dans un délai raisonnable - avant 2026. Ce sera l'occasion d'examiner la difficulté financière posée par l'intéressante proposition de Mme Poumirol.

Mme la présidente. – Amendement identique n°918 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Mme Céline Brulin. – On ne peut pas définir ces rendez-vous de prévention en dehors de la négociation conventionnelle, qui vient d'échouer.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Justement !

Mme Céline Brulin. – Les y inclure permettrait de dépasser les blocages.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable à cet amendement identique à celui de la commission.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable, car la négociation n'est pas pluriprofessionnelle. Nous souhaitons aller vite, or les négociations conventionnelles des quatre professions envisagées n'ont pas le même tempo. De surcroît, nous voulons un tarif unique quel que soit le professionnel concerné.

Mme Émilienne Poumirol. – Ma proposition de forfait unique attribué à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) mériterait d'être discutée lors de la négociation conventionnelle. Elle permet de dégager du temps médical à l'heure de la pénurie de médecins.

Les amendements identiques n^{os} 251 et 918 rectifié sont adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°165 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de la mise en œuvre du dépistage et de la prévention visuelle à l'occasion des rendez-vous de prévention. »

M. Alain Milon. – Le déficit visuel est parfois oublié par les médecins : intégrons-le aux rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. – Amendement identique n°545, présenté par Mme Romagny et les membres du groupe Union Centriste.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°570 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Verzelen et Chevalier, Mme L. Darcos, MM. A. Marc et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Lévrier, Delcros et H. Leroy.

M. Daniel Chasseing. – C'est le même.

Je reste dubitatif : comment comptez-vous organiser un rendez-vous de prévention impliquant toute l'équipe d'une MSP ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment : un bilan visuel est essentiel, mais il est inutile de tout prévoir dans la loi.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les bilans de prévention sont en cours de construction. Un socle sera défini, dont la vision fera partie. Ne figeons pas la liste dans la loi, au risque d'oubli.

Les amendements identiques n^{os} 165 rectifié bis et 545 sont retirés.

L'amendement n°570 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1139 rectifié *ter*, présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing, Capus, Guerriau et Brault, Mmes Paoli-Gagin et L. Darcos et MM. Malhuret et Verzelen.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions de mise en œuvre du dépistage et de la prévention des surdités à l'occasion des rendez-vous de prévention. »

Mme Corinne Bourcier. – Les rendez-vous de prévention à 25, 45 et 65 ans sont l'occasion de dépister et prévenir les problèmes auditifs.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable pour les mêmes raisons.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable.

L'amendement n°1139 rectifié ter n'est pas adopté.

L'article 20, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 20

Mme la présidente. – Amendement n°1056 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'un parcours soumis à prescription médicale visant à accompagner les personnes traitées pour un cancer et qui bénéficient du dispositif prévu au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un ou plusieurs bilans de condition physique ainsi que des séances d'activité physique adaptée.

Un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

M. Ahmed Laouedj. – La promotion de l'activité physique et sportive a été déclarée grande cause nationale 2024 par le Président de la République. Les bienfaits sur la santé de l'activité physique adaptée (APA) ne sont plus à démontrer. Mais il manque encore un engagement financier de l'État.

Nous proposons donc, pendant deux ans, de l'expérimenter *via* le fonds d'intervention régional (FIR)

des agences régionales de santé (ARS), au bénéfice des patients traités pour un cancer.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1142 rectifié *ter*, présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing, Capus et Guerriau, Mmes Paoli-Gagin et L. Darcos et MM. Brault, Malhuret et Verzelen.

Mme Corinne Bourcier. – Le cancer, qui touche quatre millions de personnes en France, est la première cause de mortalité prématurée. Les travaux montrent que l'APA améliore l'état de santé du patient, mais elle n'est pas prise en charge : d'où notre proposition d'expérimentation.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1158 rectifié, présenté par MM. Pellevat, Bouchet et D. Laurent, Mme Dumont, MM. Tabarot et Bonhomme, Mme Josende, M. Reynaud, Mme M. Mercier, M. Panunzi, Mmes Malet et Petrus, M. Brisson, Mmes Canayer et Belhiti et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

Mme Viviane Malet. – Les bienfaits de l'APA sont scientifiquement prouvés, en prévention primaire et secondaire. En cancérologie, elle réduit la fatigue et les risques de récurrence - jusqu'à 24 % pour le cancer du sein. Nous proposons de mener une expérimentation, dont les modalités seront définies par décret. Il conviendra d'y associer toutes les parties prenantes, et notamment la Ligue contre le cancer.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1353 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – L'année 2024 sera celle des jeux Olympiques et Paralympiques et l'activité physique et sportive a été déclarée grande cause nationale. Le ministère de la santé et celui des sports soutiennent le déploiement de l'activité physique et sportive, notamment adaptée.

L'APA est destinée aux personnes ayant besoin d'une activité physique à visée thérapeutique ; elle est donc encadrée par des professionnels de santé ou des professionnels formés. Son intérêt thérapeutique a été souligné dès la [LFSS 2020](#). Plusieurs amendements proposent d'expérimenter sa prise en charge *via* le FIR pour les patients atteints d'un cancer.

Par ailleurs, l'article 22, en faisant entrer des expérimentations probantes dites « article 51 » dans le droit commun, élargira l'accès à l'APA, avec une prise en charge par l'assurance maladie.

Avis favorable aux amendements identiques. (*Mme Corinne Bourcier applaudit.*)

Mme la présidente. – Amendement n°1241, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la prise en charge par l'assurance maladie de l'activité physique adaptée (APA) médicalement prescrite dans le cadre du parcours de soin des patients atteints d'une affection de longue durée telle que définie à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique.

Mme Émilienne Poumirol. – Afin d'éviter les foudres de l'article 40, cet amendement demande un rapport sur le même sujet.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable aux amendements qui prévoient l'expérimentation, naturellement.

Toutefois, la méthode est légère. L'ambition du Président de la République en matière d'APA a été rappelée. Nous avons d'un côté cette expérimentation, de l'autre celles de l'article 51, sans vision globale. Nous aurions besoin d'un positionnement clair du Gouvernement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable à l'amendement n°1241 qui demande un rapport.

Le Gouvernement soutient le développement de l'APA.

Monsieur le président Mouiller, l'article 22 favorise une prise en charge globale, donc l'intervention de plusieurs professionnels. Les amendements en discussion concernent la seule APA.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable à l'amendement n°1241, car il s'agit d'une demande de rapport. En outre, toute expérimentation donne lieu à un rapport d'évaluation.

M. Alain Milon. – L'activité physique contribue aux guérisons et est bénéfique aux patients souffrant de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'arthrose, entre autres. Mais Mme la ministre a aussi parlé de prévention. Or le FIR est une enveloppe fermée : au détriment de qui la prise en charge de l'APA se fera-t-elle ?

M. Bernard Jomier. – François Braun nous avait demandé de retirer nos amendements dans l'attente d'un rapport et d'un dispositif complet et cohérent. Ce rapport a-t-il été remis au Gouvernement et où en est ledit dispositif ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Monsieur Milon, nous devons nous mettre collectivement en mouvement. Nous proposons une prise en charge de l'APA dans un cadre thérapeutique, sur prescription initiale d'un médecin, éventuellement renouvelée par un kinésithérapeute, pour une pathologie comme le diabète ou le cancer.

L'article 22 prévoit une prise en charge globale, pluriacteurs, qui va au-delà de la seule APA, avec de la diététique par exemple. (*M. Bernard Jomier manifeste son incompréhension.*)

Les amendements identiques n^{os} 1056 rectifié, 1142 rectifié ter, 1158 rectifié et 1353 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

L'amendement n°1241 n'a plus d'objet.

Mme la présidente. – Amendement n°493 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Chevalier et Brault, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Henno, Houpert et Gremillet.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la prévention de l'infection à cytomégalovirus (cmv) chez la femme enceinte et chez le nouveau-né ainsi que sur le dépistage du cytomégalovirus pendant la grossesse. Ce rapport évalue la pertinence du dépistage systématique et précoce de l'infection materno-fœtale à CMV. Il s'attache particulièrement à évaluer les freins à la recherche médicale en la matière et identifie les mesures communicationnelles nécessaires afin que l'information sur les risques de l'infection à CMV et sur sa prévention par les mesures d'hygiène soit délivrée systématiquement à toutes les femmes en projet et en cours de grossesse.

Mme Corinne Bourcier. – L'amendement demande un rapport sur la pertinence d'un dépistage prénatal systématique et précoce du cytomégalovirus (CMV). Il s'agit de l'infection materno-fœtale la plus fréquente et de la principale source de handicaps neurosensoriels, or il n'existe pas de vaccin. La prévention permettrait d'éviter près de 80 % des handicaps induits.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable. L'article 20 ter prévoit un dépistage systématique, ce rapport est donc inutile.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Même avis. Cet amendement sera satisfait par le texte.

L'amendement n°493 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1219 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur les cancers professionnels chez les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires en France.

Ce rapport évalue notamment la nécessité d'élargir la liste des cancers reconnus comme maladies professionnelles chez les sapeurs-pompiers et la

nécessité d'instaurer un suivi médical coordonné des sapeurs-pompiers.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement porte sur un sujet qui me tient à cœur : les risques de cancer professionnel chez les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires. L'émission « Vert de rage » a montré que ces derniers sont exposés aux retardateurs de flammes, substances reprotoxiques et cancérigènes reconnues.

Un rapport de 2003 au ministre de l'intérieur de l'époque, Nicolas Sarkozy, alertait déjà les pouvoirs publics ; mais rien n'a été fait. Une étude de juin 2022 a démontré une nouvelle fois cette dangerosité. Pourtant, un seul cancer, le carcinome du nasopharynx, est reconnu comme maladie professionnelle, alors que les États-Unis en reconnaissent 28 ! Nous demandons un rapport sur le sujet.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable. Toutefois, je remercie Mme Poumirol d'avoir évoqué ce sujet. Madame la ministre, qu'en dites-vous ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Même avis pour les mêmes raisons.

Le Gouvernement agit pour améliorer la santé des sapeurs-pompiers. En 2018, le ministre de l'intérieur a lancé un plan triennal sur la santé, la sécurité et la qualité de vie en service comprenant un suivi médical post-professionnel. Les hydrocarbures aromatiques polycycliques que les pompiers peuvent respirer pendant les incendies ont été reconnus cancérigènes par [l'arrêté du 26 octobre 2020](#). Les mesures de prévention prévues dans le code du travail s'appliquent à ce titre.

Merci d'avoir évoqué ce sujet. Nous rendons hommage au travail des sapeurs-pompiers.

M. Bernard Jomier. – C'est très bien de remercier Émilienne Poumirol. Mais il faut aussi être sérieux...

Un seul cancer reconnu comme maladie professionnelle en France contre quinze ou vingt pathologies ailleurs ? Ce ne sont pourtant pas les études qui manquent !

Pardon de citer d'anciens ministres, mais il y en a eu cinq en sept ans... Agnès Buzyn avait annoncé la révision du tableau des maladies professionnelles. Mais il n'y a pas eu de suivi. Pourtant, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est chroniquement excédentaire - les excédents servant à boucher les trous des autres régimes.

Pour les sapeurs-pompiers professionnels, c'est scandaleux ! Rendez-vous l'année prochaine lors de l'examen du prochain PLFSS : j'espère y lire une disposition sur ces derniers.

Mme Anne Souyris. – La question des déterminants en santé environnementale dans les maladies professionnelles se pose. Nous revenons au

glyphosate (*exclamations à droite*), sur lequel il manque une législation à la hauteur.

L'amendement n°1219 rectifié n'est pas adopté.

*L'article 20 bis est adopté,
de même que l'article 20 ter.*

ARTICLE 21

Mme Anne Souyris. – Cet article vise à mieux articuler la complémentaire santé solidaire (C2S) avec le bénéfice de certains minima sociaux. C'est une bonne chose, et nous le voterons. Mais quel dommage que nous n'ayons pas pu, à cause de l'article 40, évoquer d'autres éléments, tels que l'intégration de l'aide médicale d'État (AME) au régime général ou l'élargissement des rendez-vous de prévention.

À l'occasion de cet article, nous demandons au Gouvernement de clarifier sa position quant à l'accès aux soins aux étrangers, notamment en milieu hospitalier.

M. Daniel Chasseing. – La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été créée en 1999 et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en 2004. La C2S qui résulte de leur fusion ouvre droit à la prise en charge sans ticket modérateur ou forfait journalier. Pourtant, trop peu de bénéficiaires des minima sociaux y ont recours : 19 % pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou 14 % pour ceux de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ; faible recours aussi pour les emplois jeunes, malgré un décret récent...

Le présent article est bienvenu, en ce qu'il étend la présomption de droits à la C2S pour plusieurs catégories d'allocataires avec renouvellement automatique, pour 2024 ou 2025. Je partage la volonté de la commission d'avancer cette date.

Mme la présidente. – Amendement n°253, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 6

Remplacer le mot :

aide

par le mot :

accompagnement

*L'amendement rédactionnel n°253,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

Mme la présidente. – Amendement n°254, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 8

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :

...) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au sixième » ;

...) Au septième alinéa, les mots : « à l'avant-dernier » sont remplacés par les mots : « au sixième » ;

*L'amendement de coordination juridique n°254,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'amendement n°664 n'est pas défendu,
non plus que l'amendement n°663.*

L'article 21, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 21

Mme la présidente. – Amendement n°155 rectifié *bis*, présenté par MM. Henno, J.M. Arnaud, Bleunven et Courtial, Mme de La Provôté, MM. Delahaye et Duffourg, Mmes Florennes, Gacquerre, Guidez et Jacquemet, MM. Kern et Levi et Mme Saint-Pé.

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « maternité », la fin de l'article L. 162-1-12 est ainsi rédigée : « et par les organismes complémentaires d'assurance maladie. Les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais. » ;

2° Au 17° de l'article L. 160-14, les mots : « relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L. 160-8 ou » sont supprimés.

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

M. Olivier Henno. – Hier, nous avons longuement évoqué des pathologies liées à la surconsommation de sucre, parmi lesquelles figurent les caries. La convention dentaire affiche l'ambition collective d'une génération sans carie. Cet amendement supprime l'exonération de la participation de l'assuré aux frais de l'examen de prévention bucco-dentaire à partir du 1^{er} janvier 2025.

Mme la présidente. – Amendement identique n°472 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guérini et Guiol et Mme Pantel.

Mme Guylène Pantel. – Plusieurs études scientifiques montrent le lien entre une mauvaise santé bucco-dentaire et des pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, certains cancers ou la maladie d'Alzheimer.

La nouvelle convention dentaire signée le 21 juillet marque un tournant dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de nos concitoyens, notamment les jeunes.

Supprimons la participation de l'assuré aux frais de cet examen à compter du 1^{er} janvier 2025.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – La gratuité des consultations bucco-dentaires retenue par le législateur envoie aux assurés un signal clair. Une sensibilisation particulière à l'hygiène bucco-dentaire est nécessaire. Supprimer la prise en charge intégrale du dispositif « M^T dents » réduirait l'efficacité et le taux de recours, notamment chez les classes sociales défavorisées disposant, en moyenne, d'une moindre protection complémentaire. Si l'objectif de partage de financement est louable, cela ne bénéficierait pas aux assurés. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Retrait, sinon avis défavorable. Nous avons souhaité prendre en charge totalement les frais bucco-dentaires pour la classe d'âge de 3 à 24 ans pour une génération zéro carie. Nous ne voulons donc pas de ticket modérateur.

La convention dentaire signée récemment a fait évoluer le dispositif 100 % santé, notamment par l'introduction de la prise en charge de la pose d'un bridge ou d'une couronne.

Je souhaite que nous ayons plus de recul sur le sujet, et organiser une concertation avec les organismes professionnels et les associations de patients.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. – Merci à nos collègues d'évoquer la santé bucco-dentaire. Nous devons d'abord mieux éduquer nos enfants, pour qu'ils mangent moins sucré.

L'an dernier, le Sénat avait voté en faveur du développement des assistants dentaires, très utiles, notamment à l'école, car nous manquons de dentistes.

Surtout, plus de sirops et de sucre dans les boissons !

Mme Émilienne Poumirol. – Et les sodas !

Les amendements identiques n^{os} 155 rectifié bis et 472 rectifié bis sont retirés.

Mme la présidente. – Amendement n°98 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes N. Goulet, Sollogoub et Gatel, M. Canévet, Mmes Vermeillet et Jacquemet, MM. Longeot et Maurey, Mmes Morin-Desailly et Billon et MM. Bleunven et Reichardt.

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « dans la limite d'un an » sont remplacés par les mots : « de trois mois ».

Mme Nathalie Goulet. – Il s'agit de réduire à trois mois la prise en charge au titre du régime général de personnes n'ayant plus droit au séjour régulier en France.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – En l'état actuel du droit, une personne en situation irrégulière a des droits auprès de la sécurité sociale durant un an : avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Le délai a déjà été réduit de douze à six mois : avis défavorable. Trois mois, c'est trop court.

Mme Nathalie Goulet. – Le code n'est pas à jour. Monsieur le président, nous sommes ici pour changer le droit existant ! (*M. Philippe Mouiller sourit.*) J'espère que le délai de six mois sera effectivement appliqué.

L'amendement n°98 rectifié quinquies est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1261 rectifié *bis*, présenté par M. P. Joly et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale et l'opportunité pour les usagers d'une suppression de la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence prévus au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 162-22-8-2 et au quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Ce rapport évalue les effets directs anticipés de ce dispositif en ce qui concerne l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

M. Patrice Joly. – Un forfait patient urgence (FPU) s'applique désormais aux patients passant par les urgences sans être hospitalisés. C'est injuste dans les zones sous-dotées, où les urgences sont souvent la seule offre de soins. On n'y va pas par plaisir !

Nous proposons un rapport évaluant les conséquences financières de ce forfait pour la sécurité sociale.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Demande de rapport : avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Même avis. Avant la mise en place du FPU, chaque passage entraînait une facturation complexe, reprenant tous les soins soumis à ticket modérateur. Le FPU est plus lisible, plus compréhensible et plus simple pour les patients. Il a été calibré pour être neutre financièrement et est pris en charge par les complémentaires. Contrairement à ce qui a été parfois avancé, il n'a pas pour but de décourager les patients.

L'amendement n°1261 rectifié bis n'est pas adopté.

ARTICLE 22

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article inscrit les expérimentations prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018 dans le droit commun.

Il fallait trouver des alternatives à la tarification à l'activité (T2A), mais il y avait des angles morts qui n'ont pas été anticipés : je pense à l'expérimentation de la capitation, dans laquelle s'est engouffrée Ramsay Santé pour tenter de racheter six centres de soins à la Croix-Rouge.

Un tel soutien financier à ces groupes est un détournement de l'argent de la sécurité sociale. Quelque 136,7 millions d'euros en 2020 et 103 millions en 2021 et 2022 ont ainsi été versés à Ramsay Santé.

Dans ce contexte, entériner l'article 51 est très dangereux.

Mme Nadia Sollogoub. – Le parcours coordonné renforcé met des moyens humains à disposition des médecins. Il faut soutenir les équipes pluriprofessionnelles qui apportent une plus-value réelle aux patients. Mais tous les postes d'assistants sont rattachés au médecin : pourquoi ne pas les associer plutôt à l'équipe ?

Mme Émilienne Poumirol. – Le paiement au forfait et le travail d'équipe sont des voies d'avenir pour la médecine générale. Cela dit, Cathy Apourceau-Poly a raison de pointer les dérives possibles.

On assiste de plus en plus à une dangereuse marchandisation de la santé : Ramsay achète désormais des centres de soins primaires, alors qu'il se concentrerait jusqu'à présent sur des cliniques privées : à Toulouse, pas une ne lui a échappé. Son but est très lucratif : sur son site, il ne s'adresse pas à ses « chers patients », mais à ses « chers clients » - c'est dire !

Je suis favorable au paiement par forfait, mais prenons garde à ces groupes privés.

Mme la présidente. – Amendement n°33 rectifié *ter*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Sol et Mme Malet.

I. – Alinéa 7, seconde phrase

Après le mot :

compte

insérer les mots :

de l'organisation territoriale de l'offre de soins dans chaque région ainsi que

II. – Alinéa 30, première phrase

Rédiger ainsi le début de cette phrase

Lorsqu'il constate un manquement aux dispositions de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, au III du même article L. 4012-1 ou aux objectifs du projet régional de santé, le directeur général...(le reste sans changement)

M. Laurent Burgoa. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°607 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin,

MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

M. Philippe Grosvalet. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Un avis favorable a été donné en commission, sous réserve de rectifications, qui ont été apportées. Avis d'autant plus favorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée.* – L'article 22 est important ; c'est la première sortie d'évaluation des expérimentations menées au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, beau dispositif favorable à l'innovation en santé.

Le nombre de projets autorisés est en nette progression, de 42 en 2019 à 144 en 2023, pour 1,2 million de patients bénéficiaires.

Les thématiques sont nombreuses et correspondent à nos priorités : prévention, cancer, santé mentale, APA, perte d'autonomie, santé des enfants, périnatalité, lutte contre les inégalités de santé...

Ces projets innovants portent leurs fruits. Le premier projet est la mission « Retrouve ton cap », destinée à prévenir l'obésité infantile.

Je pense aussi à la délivrance des antibiotiques par les pharmaciens grâce à un test rapide d'orientation diagnostique (Trod). Je pense aussi à la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation des centres 15. Ces innovations reposent sur des expérimentations dites « article 51 ».

Le présent article facilitera les généralisations d'expérimentations positives. En 2024, sous réserve des conclusions des rapports d'évaluation en cours d'élaboration, plusieurs expérimentations seront généralisées : la rééducation cardiaque, la réhabilitation respiratoire ou encore la prise en charge de l'obésité.

L'article 22 fixe un cadre : si les projets en cours fonctionnent, ils sont généralisés grâce à cet article.

Une mission de l'Igas est en cours sur les modèles économiques des centres de santé, qui facilitent l'accès à la santé de nos concitoyens, mais dont les six modèles économiques qui coexistent méritent une réflexion.

Nous présenterons avec Aurélien Rousseau une feuille de route pour le déploiement de ces centres dans les prochains mois.

Avis défavorable sur ces amendements, car satisfaits : *de facto*, cela se passe ainsi.

*Les amendements identiques n°s 33 rectifié *ter* et 607 rectifié *bis* sont adoptés.*

Mme la présidente. – Amendement n°573 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier,

Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy.

Alinéas 7, 9, 10, 13, 15 et 25

Après chaque occurrence du mot :

professionnel

insérer les mots :

de santé

et après chaque occurrence du mot :

professionnels

insérer les mots :

de santé

M. Daniel Chasseing. – Précisons que les professionnels participant aux parcours coordonnés doivent être des professionnels de santé : évitons que des professionnels non sanitaires ou des adeptes de pratiques non conventionnelles reçoivent des financements.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Je comprends vos motivations, mais l'article 51 permet à bon droit à d'autres professionnels d'intervenir - je pense notamment aux psychologues. Avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Le meilleur exemple est la prise en charge de l'APA, qui n'est pas encadrée par des professionnels de santé. *Quid* également des diététiciens ? Misons sur la pluriprofessionnalité. Avis défavorable.

L'amendement n°573 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°255, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 8

Après les mots :

mêmes ministres

insérer les mots :

, pris après consultation des représentants des professionnels concernés,

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Certes les négociations conventionnelles sont difficiles concernant les parcours coordonnés renforcés, mais il faut néanmoins que les représentants des professionnels soient consultés.

Mme Émilienne Poumirol. – C'est évident !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les représentants des ordres professionnels concernés par chaque parcours seront consultés avant la parution de chaque arrêté. Il n'est

donc pas nécessaire de prévoir cette obligation dans la loi : avis défavorable.

L'amendement n°255 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1254, présenté par Mme Conconne et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Celui-ci prend en compte les problématiques relatives à la continuité territoriale dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution.

Mme Corinne Féret. – Nous proposons d'inscrire les problématiques de continuité territoriale dans les modalités d'organisation du parcours coordonné renforcé. Il faut ainsi prendre en compte les spécificités de la dite outre-mer, où les patients peuvent être amenés à fragmenter leurs soins.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Certes, la prise en compte de la continuité des territoires est indispensable, mais il faut intervenir localement, au niveau du directeur de l'ARS. L'article 22 le permet déjà. L'amendement est satisfait : retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Nous parlons de projets de territoires : nul doute que l'ARS accompagnera le projet dans les territoires d'outre-mer.

Je reviens de Martinique : l'ARS y accompagne de nombreux projets, comme les maisons sport-santé. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1254 est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1360, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 14

Remplacer les mots :

au I du présent article

par les mots :

au même premier alinéa

et les mots :

à l'article

par les mots :

au II de l'article L. 162-62 du même code

L'amendement rédactionnel n°1360, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°756 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl,

MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 22, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

y compris le forfait parcours de la solution numérique retenue

Mme Anne Souyris. – La télémédecine progresse : dès lors, le budget de la sécurité sociale doit suivre le mouvement. Le parcours de soins numérique n'est pas encore à la hauteur, d'où cet amendement.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable : en l'état actuel de l'article 22, rien n'empêche la prise en compte des outils numériques.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Votre proposition est déjà satisfaite : retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°756 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1361, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 37

Supprimer cet alinéa.

L'amendement de coordination n°1361, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°256, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 37

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la seconde phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « formule », sont insérés les mots : « , au plus tard trois mois avant leur échéance, ».

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous croyons à la capacité de généraliser les expérimentations. Nous voulons réduire le délai de transmission des avis du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) relatifs à la généralisation des expérimentations à trois mois avant leur échéance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Il faut évaluer les expérimentations. Raccourcir ce délai aurait un effet contre-productif en réduisant la durée d'observation. D'autre part, les équipes chargées des expérimentations veillent à la continuité de la prise en charge : retrait, sinon avis défavorable, car satisfait.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – C'est mieux quand c'est écrit... (M. Laurent Burgoa renchérit.)

L'amendement n°256 est adopté.

L'article 22, modifié, est adopté.

La séance est suspendue à midi cinquante-cinq.

PRÉSIDENCE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 30.

Mise au point au sujet d'un vote

Mme Solanges Nadille. – Lors du scrutin n°46, M. Bitz et Mme Cazebonne souhaitaient voter pour.

M. le président. – Acte vous est donné de cette mise au point. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

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

APRÈS L'ARTICLE 22

L'amendement n°378 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°635 rectifié, présenté par M. Canévet et Mme N. Goulet.

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 7° bis de l'article L. 162-9, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou aux auxiliaires médicaux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »

2° L'article L. 162-12-2, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux infirmiers interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. » ;

3° Après le 5° de l'article L. 162-12-9, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« (...) Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux masseurs-kinésithérapeutes interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »

4° Après le 6° de l'article L. 162-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. » ;

5° Après le 12° de l'article L. 162-16-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux pharmaciens titulaires d'officine interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. » ;

6° L'article L. 322-5-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux entreprises de transports sanitaires interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Mme Nathalie Goulet. – L'article 72 de la LFSS pour 2017 a habilité les partenaires conventionnels, dans le cadre de la convention médicale, à négocier les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou paternité. L'amendement autorise la négociation de cet avantage dans le champ conventionnel des différentes professions de santé.

M. le président. – Amendement identique n°682 rectifié *ter*, présenté par Mme Gruny, MM. Milon et Paccaud, Mmes Belhiti, Petrus, Micouleau et Jacques, MM. Panunzi, Sol et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Brisson, Cuypers, Klinger, Cadec et Chatillon, Mmes Dumont et Demas, MM. Lefèvre et Darnaud, Mme Ventalon, M. Sido, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat, Saury et Bouchet, Mme Primas, M. Burgoa, Mme Estrosi Sassone, MM. J.B. Blanc, Sautarel et Gremillet, Mme Lassarade et M. Pointereau.

Mme Pascale Gruny. – Cette égalité entre les médecins et les autres professions de santé est essentielle, notamment pour les femmes, qui sont très nombreuses à occuper ces professions : il faut les accompagner lors de leurs congés maternité, pour qu'elles puissent mieux gérer leurs cabinets. Une jeune chirurgien-dentiste que j'ai rencontrée a témoigné de ses difficultés pour rembourser ses emprunts.

M. le président. – Amendement identique n°1007 rectifié *quater*, présenté par MM. Longeot, Tabarot, P. Martin, Henno et S. Demilly, Mmes Saint-Pé et

Jacquemet, MM. Duffourg et Menonville et Mme Antoine.

M. Olivier Henno. – Il est défendu. Mais j'insiste : étendre cette aide est essentiel pour les territoires ruraux.

L'amendement n°1299 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°1344 rectifié bis.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Je partage tous ces arguments. Avis favorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention. – Ces amendements soulèvent une question légitime. Les professionnels libéraux dépendent du régime des indépendants et ne bénéficient pas à proprement parler de congés maternité et paternité. Des aides leur sont néanmoins allouées, ainsi qu'une indemnité forfaitaire d'interruption d'activité potentiellement cumulable avec la prime de naissance. Pour les congés paternité, l'allocation forfaitaire est de 25 jours minimum.

La compensation inscrite dans la LFSS de 2017 pour les médecins ne porte pas atteinte au principe d'égalité. Les aides fournies ne compensent jamais leurs revenus, mais c'est toute la différence entre les médecins salariés et les libéraux. Avis défavorable.

*Les amendements identiques n°s 635 rectifié, 682 rectifié *ter* et 1007 rectifié *quater* sont adoptés et deviennent un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°1082 rectifié *bis*, présenté par Mmes Vermeillet et N. Goulet, MM. Laugier et Kern, Mme O. Richard, MM. Mizzon et Henno, Mmes Gatel, Saint-Pé, Sollogoub, Perrot et Gacquerre, MM. P. Martin et J.M. Arnaud, Mme Jacquemet et MM. Duffourg et Bleunven.

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 72 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Ce rapport analyse plus largement l'opportunité d'élargir le versement d'une aide financière complémentaire à l'ensemble des professionnels de santé pour cause de congé maternité ou paternité.

La Haute Autorité de santé est consultée pour la production du rapport précité.

Mme Sylvie Vermeillet. – Les amendements précédents ayant été adoptés, je retire le mien.

L'amendement n°1082 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°474 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°622 rectifié *ter*, présenté par M. Canévet, Mmes N. Goulet

et O. Richard, MM. Delcros, Longeot, Kern, Duffourg et Courtial, Mme Havet et MM. Folliot, S. Demilly, Henno et Bleunven.

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du 2°, après les mots : « centres de santé », sont insérés les mots : « en prenant en compte les spécificités de ces derniers » ;

2° Après le 8°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant des dispositifs d'aide prenant en compte le contexte économique et sanitaire des centres de santé ».

Mme Nathalie Goulet. – Les difficultés liées au modèle économique des centres de santé, essentiels pour l'accès aux soins de premier recours, font l'objet d'attentions particulières, comme en témoigne la mission confiée à l'Igas.

L'amendement tend à ce que ces dispositifs d'aide puissent être négociés dans le cadre de l'accord national des centres de santé, dans l'attente d'une revalorisation des missions de service public.

M. le président. – Amendement identique n°762 rectifié *bis*, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Anne Souyris. – Souhaitons-nous soutenir les centres de santé ? Au-delà des difficultés financières, il faut revoir leur modèle économique. Les centres de santé pluriprofessionnels sont un maillon essentiel de la décentralisation de l'offre de soins. Dispositif public de secteur 1, ils proposent un exercice regroupé, formule plébiscitée par les médecins comme par les usagers. Ils sont une réponse aux déserts médicaux et à l'engorgement de l'hôpital public.

M. le président. – Amendement identique n°967 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Mme Céline Brulin. – Il faut mieux prendre en compte les spécificités des centres de santé, essentiels pour les soins de premier recours. L'Igas conduit actuellement une mission pour examiner la diversité de leur modèle économique, alors que nombre d'entre eux sont portés par des collectivités territoriales, notamment pour lutter contre la désertification médicale.

Modalités de rémunération des professionnels de ces centres, meilleur soutien des collectivités qui les portent : il y a beaucoup à faire !

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Il s'agit d'apporter une aide particulière aux centres de santé dans le cadre de l'accord national qui leur est consacré. Or les accords nationaux prévoient déjà une rémunération spécifique en contrepartie de la tenue d'engagements particuliers et de missions complémentaires, par exemple pour la continuité des soins, l'amélioration des pratiques et la formation des professionnels. Amendements satisfaits, donc avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Certes, l'accord existant entre l'assurance maladie et les centres de santé ne tient pas compte d'activités ou de contraintes particulières. Mais des centres privés peuvent aussi effectuer des soins non programmés à tire-larigot - si vous me permettez l'expression.

Du rapport de l'Igas, qui définira une typologie des modèles économiques de ces centres, découlera un nouvel accord. Les motifs de discussion sont déjà très larges, il n'est pas utile de les étendre. Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – Les centres de santé sont très importants. Mais il y a centre de santé et centre de santé... Nous devons aider ceux qui sont gérés par des communes ou des intercommunalités. L'activité salariée intéresse particulièrement les jeunes. En revanche, restons attentifs quant au rôle joué par les centres de santé gérés par des structures comme Ramsay. Distinguons le lucratif du non lucratif. La financiarisation de la santé n'est pas acceptable.

Les amendements identiques n°s 622 rectifié ter, 762 rectifié bis et 967 rectifié ne sont pas adoptés.

ARTICLE 22 BIS

M. le président. – Amendement n°257, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Remplacer les mots :

la première occurrence du mot : « à »

par les mots :

le mot : « amélioration »

et les mots :

la prévention

par les mots :

de la prévention

L'amendement rédactionnel n°257, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 22 bis, modifié, est adopté.

ARTICLE 22 TER

Mme Anne Souyris. – Stigmatisation des malades mentaux, psychophobie, manque de moyens en

psychiatrie : le constat est accablant. Les moyens dévolus à la santé mentale des Français sont trop faibles. En 2022, le plan Mon soutien psy représentait une avancée : on espérait que la santé mentale serait mise au même plan que la santé physique. Or le constat est désolant. La psychiatrie est la grande absente de ce PLFSS.

Mon soutien psy ne concerne ni les urgences ni les risques suicidaires, alors que l'on dénombre 10 000 décès par suicide et une augmentation de 40 % des tentatives chez les jeunes depuis le covid.

Les professionnels sont délaissés, le tarif par séance étant resté à 30 euros.

Selon l'association M3P, seuls 11 % des bénéficiaires ont la complémentaire santé solidaire alors que le dispositif s'adressait prioritairement aux personnes précaires.

Les 50 millions de budget dépensés pour un dispositif qui ne touche que 0,13 % des Français auraient pu servir à recruter 200 psychologues de manière pérenne.

M. Olivier Henno. – (*Applaudissements sur les travées du groupe UC*) La situation de la psychiatrie doit être dénoncée. La santé mentale de nos concitoyens se dégrade dès la préadolescence. Il faut mieux aiguiller les besoins de prise en charge, y compris à l'école.

En augmentant le dépistage des maladies mentales, on augmente la demande de prise en charge, mais des centaines de milliers de prises en charge médicales restent non financées ! Or la prise en charge précoce rend les maladies réversibles, quand la non-prise en charge grève les budgets sociaux tout au long de la vie des malades. Le traitement de ces pathologies est d'autant plus long qu'il est tardif. Je rappelle que 50 % des arrêts de travail sont dus à des troubles psychologiques !

Je demande une mission d'évaluation sur la réforme.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je partage vos préoccupations.

Nous développons la présence d'infirmiers psychiatriques dans les services d'urgence et les centres 15.

Il faut reconstruire une gradation de la prise en charge psychiatrique, qui ne peut reposer sur les seuls psychiatres, trop peu nombreux - j'ai demandé une revalorisation prioritaire de leurs actes. Les infirmiers de pratique avancée (IPA) en psychiatrie en Gironde font un travail remarquable. Le lien avec la médecine scolaire est central.

Il faut effectivement s'intéresser à l'adressage et aux tarifs. Je demanderai une évaluation globale de Mon soutien psy. Par ailleurs, je suis prêt à travailler avec les commissions des affaires sociales des deux

chambres pour que la santé mentale devienne un axe majeur du PLFSS pour 2025.

Les secouristes en santé mentale, lancés il y a à peine un an, sont déjà au nombre de 75 000 : cette gradation de la réponse est indispensable. Nous devons continuer à agir en ce sens.

M. le président. – Amendement n°258, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Remplacer le mot :

également

par les mots :

, en outre,

L'amendement rédactionnel n°258, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°862 rectifié, présenté par Mmes Guidez, Sollogoub, Romagny et Devésa, MM. Vanlerenberghe et Henno et Mme Doineau.

Après le mot :

scolaires

insérer les mots :

travaillant ensemble de manière coordonnée

Mme Jocelyne Guidez. – L'amendement vise à préciser que la faculté d'adressage s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonnés, encourageant la collaboration entre professionnels.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis.

L'amendement n°862 rectifié est adopté.

Mme Nathalie Goulet. – Monsieur le ministre, vous avez parlé de la grande misère de la psychiatrie. Avec Jean Sol, j'ai rédigé une [proposition](#) de loi sur la responsabilité pénale des auteurs de crimes et délits. Concernant l'irresponsabilité pénale, nous nous sommes intéressés à la grande misère psychiatrique liée à la radicalisation et à l'incarcération. La mission dont vous avez parlé pour le PLFSS 2025 pourrait utilement se pencher sur le sujet.

L'article 22 ter, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 22 TER

M. le président. – Amendement n°962 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 22 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est abrogé.

Mme Céline Brulin. – L'absence de toute mention de la santé mentale dans ce PLFSS est affligeante. On ne peut pas attendre, il y a urgence ! Les centres médico-psychologiques ne peuvent plus accueillir de nouveaux patients. Les délais d'attente pour un rendez-vous sont inacceptables : deux ans, trois ans !

Les psychologues de la fonction publique hospitalière débutent leur carrière à 1 600 euros nets mensuels, soit le plus bas niveau de rémunération à un tel niveau de compétence. Ces mêmes psychologues boycottent le dispositif Mon parcours psy, qu'ils jugent inadapté. Monsieur le ministre, reprenez langue avec des collectifs de psychologues, atterrés par la situation. Ils ne veulent pas être considérés comme une profession paramédicale auxiliaisée.

Cet amendement demandant un rapport, je sais le sort qui lui sera réservé. Mais nous ne pouvons pas ne pas évoquer le sujet.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Je partage votre constat. Il faut agir d'urgence. Mais le dispositif, certes incomplet, a le mérite d'exister. Le Gouvernement a affiché sa volonté d'aller plus loin dans le cadre du PLFSS 2025. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Madame Brulin, je ne comprends pas votre volonté d'abroger le dispositif. Il est certes critiquable, et insuffisant, mais il existe. La question majeure est celle de l'attractivité de la profession.

Je ne peux vous laisser dire que le dispositif serait un cache-misère visant à renvoyer la prise en charge de la santé mentale au secteur privé. Avis défavorable.

L'amendement n°962 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°420 rectifié *bis*, présenté par MM. Sol, Milon et H. Leroy, Mme Berthet, M. Khalifé, Mmes Puissat et Malet, MM. Pellevat, Burgoa et Sautarel, Mme Lopez, MM. Bonhomme, Cambon et Bouchet, Mme Muller-Bronn, MM. Bruyen, Belin et D. Laurent, Mme Drexler, MM. Reynaud, Brisson, Paumier, Somon, Chatillon, Tabarot, Panunzi et Anglars, Mme Gruny, M. Pointereau, Mmes Lassarade et Micouneau, M. Cadec, Mme Josende, M. Mandelli, Mmes Belrhiti, M. Mercier, Bonfanti-Dossat et Aeschlimann, MM. Gremillet et Sido, Mme Joseph et M. Bouloux.

Après l'article 22 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement une évaluation portant sur l'application de l'article 79 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Cette évaluation s'attache à dresser un bilan qualitatif et financier du dispositif « Mon soutien psy » dans le but d'analyser les éventuelles révisions de son fonctionnement ou des modalités d'accès de ce dernier qui semble ne pas donner entière satisfaction aux patients ainsi qu'aux praticiens.

M. Jean Sol. – Nous voulons procéder à une évaluation de Mon soutien psy, qui recevra 170 millions d'euros en 2024. Ce montant pourrait être ajusté pour mieux correspondre aux besoins des patients, en vue notamment de recruter des psychologues au sein des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

M. le président. – Amendement n°1267 rectifié, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 22 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce rapport s'attache à dresser un bilan du dispositif « Mon soutien psy » et des conséquences en matière de restrictions des conditions d'accès aux soins mentaux pour toutes et tous. Il considère également l'éventualité d'un arrêt du dispositif en vue de réaffecter les crédits alloués à « Mon soutien psy » vers le recrutement de psychologues en centres médico-psychologique (CMP) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et la revalorisation de leurs salaires et conditions de travail.

Mme Marion Canalès. – Mon soutien psy est au mieux un échec, au pire un gaspillage d'argent public. Les 170 millions d'euros annoncés pour 2024 seront insuffisants pour des consultations de psychologie pour toutes et tous. Il faut mieux orienter les financements.

Les maires, qui sont en première ligne face au désespoir de la société, sont de plus en plus confrontés aux problèmes psychiatriques, par exemple avec les internements d'office. Travaillez avec les élus locaux.

M. le président. – Amendement n°1090 rectifié *bis*, présenté par M. J.M. Arnaud, Mmes Jacquemet et Billon, M. Bleunven, Mme Romagny et MM. Kern, Henno et Laugier.

Après l'article 22 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce rapport s'attache à dresser un bilan du dispositif « Mon soutien psy » et des conséquences en matière de restrictions des conditions d'accès aux soins mentaux pour tous. Il considère également l'éventualité de l'arrêt du dispositif en vue de réaffecter les crédits alloués vers le recrutement de psychologues en centres médico-psychologiques et en centres médico-psycho-pédagogiques.

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°1256 rectifié, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 22 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Ce rapport s'attache à évaluer l'opportunité et la faisabilité de supprimer l'adressage préalable réalisé par le médecin traitant, le nombre-plafond de séances de psychologues prises en charge par an, le conventionnement préalable avec les professionnels concernés ainsi que la fixation d'une durée-plafond des séances prises en charge.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous demandons un rapport sur la suppression de l'adressage par le médecin traitant : le refus d'un accès direct rend difficile l'accès à un psychologue. Il faudrait aussi revenir sur le nombre maximal de séances et leur durée dans Mon soutien psy.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Le sujet inquiète. Monsieur le ministre, vous partagez notre constat. Je ne sais pas si un nouveau rapport changerait les choses - ce sera un avis défavorable à ces amendements. Toutefois, je pense que la commission des affaires sociales devrait s'emparer de ce sujet essentiel.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – La LFSS de 2022, qui a créé Mon soutien psy, prévoit un rapport d'évaluation, à la fois qualitatif et quantitatif, qui sera remis au plus tard au milieu de l'année 2024. Dès lors, retrait, sinon avis défavorable.

Madame Poumirol, nous devons assumer de tirer le fil jusqu'au bout. Quels psychologues ? Quelle formation ? Est-il souhaitable de créer un ordre des psychologues ?

Quoi qu'il en soit, la mobilisation de la commission des affaires sociales sur la situation de la santé mentale est tout à fait justifiée.

Mme Anne Souyris. – Le rapport est très attendu. Il faut réfléchir à un conventionnement, en vue d'un remboursement des consultations de psychologie plus juste, alors que la souffrance psychologique grandit dans notre pays.

Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale.* – Ce sujet, important, a déjà été débattu l'an dernier. Nous constatons la faillite de la psychologie et de la psychiatrie dans nos territoires. Nous avons accueilli Mon soutien psy avec une grande attente, mais nous sommes déçus.

Deux éléments sont prioritaires. Premièrement, la santé mentale des jeunes ; les maisons des adolescents doivent être renforcées. Deuxièmement, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourraient répondre aux besoins, dans une optique pluriprofessionnelle.

Proximité et appui aux structures existantes doivent être la règle.

Mme Céline Brulin. – On pourrait dire que Mon soutien psy a déjà le mérite d'exister. Le sujet n'est pas la durée ou le nombre de consultations, mais de soutenir des structures qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Les délais d'attente sont considérables : on donne des rendez-vous dans trois ans...

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Exactement !

Mme Céline Brulin. – En outre, pourquoi devoir passer obligatoirement par un médecin traitant, alors que 6 millions de Français n'en ont plus ? Les psychologues devraient pouvoir accueillir des patients directement.

Les amendements n^{os} 420 rectifié bis, 1267 rectifié, 1090 rectifié bis et 1256 rectifié ne sont pas adoptés.

ARTICLE 22 QUATER

M. le président. – Amendement n°259, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I. – Le chapitre 2 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale est complété par une section ainsi rédigée :

« Section 13 : Financements dérogatoires de certaines activités de soins

« Art. L. 162-.... – Le financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est assuré par des forfaits. Ceux-ci sont déterminés au regard de la technique de radiothérapie utilisée et modulés selon les caractéristiques des patients.

« Lorsque l'activité mentionnée au premier alinéa du présent article est réalisée dans un établissement de santé, la prise en charge de cette prestation est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-3 du présent code. »

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

.... – Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} septembre 2024 le bilan de l'expérimentation relative

au financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – L'article inscrit le financement de la radiothérapie, dans le cas de cancers, dans des forfaits. Cette disposition est bienvenue, mais nous préférierions une codification : cet amendement y pourvoit.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. – Avis favorable.

L'amendement n°259 est adopté.

L'article 22 quater, modifié, est adopté.

ARTICLE 23

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. – Voici un point de méthode sur la réforme de l'hôpital. Alors que les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pèsent 78 milliards d'euros, la [commission](#) d'enquête présidée par Mme Catherine Deroche avait préconisé trois piliers. Les trois compartiments correspondent peu ou prou à la volonté du Sénat.

Le problème concerne non pas le schéma, mais la mise en œuvre. Nous ne pouvons adhérer à la démarche : l'étude d'impact est laconique. *Quid* des maternités, de la gériatrie ?

La seule finalité de la réforme est de réduire la T2A. Mais ce n'est pas une fin en soi. La Cour des comptes appelle à ne pas minorer excessivement la T2A. C'est la stratégie de financement qui doit soutenir l'offre de soins, pas l'inverse.

Rien non plus sur le coût de la réforme - un comble pour un projet de loi de financement ! Nous voulons connaître les gagnants et les perdants. Le Gouvernement peine à réaliser des simulations. C'est pourquoi la commission propose d'attendre avant de généraliser.

Soyons humbles, et avançons progressivement, mais sérieusement.

M. Alain Milon. – La sortie du tout T2A ne signifie pas grand-chose. Au début, la part de la T2A représentait les deux tiers des actes, puis elle s'est progressivement réduite : elle était de 59 % en 2019, la cible étant de 46 % en 2026.

Vous proposez trois compartiments de financement : un financement à l'activité, des dotations pour des missions spécifiques et un groupe de dotations sur objectifs de santé publique. En somme, on reconduit ce qui existe déjà, en changeant la dénomination.

L'échelle tarifaire doit être revue. Pas besoin d'étude, la Cour des comptes l'a signalé. Certaines disciplines, comme la gynécologie, sont sous-financées.

L'une des principales mesures concerne les dotations non programmables et pour soins critiques,

en permettant des financements mixtes - soit un socle fixe et une part à l'activité - comme le prévoyait la T2A dès sa création en 2004, dans d'autres domaines.

Malgré ces propositions, intéressantes, le montant de l'Ondam reste le problème essentiel.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – L'article 23 est essentiel au sein de ce PLFSS, puisqu'il concrétise l'engagement du Président de la République de supprimer la T2A, qui représente 76 % du financement de l'activité MCO. Allons-nous véritablement sortir du dispositif ?

Le financement de l'hôpital passe par la fin des enveloppes fermées, une vision pluriannuelle des budgets, une prise en compte des besoins réels. Avec un tel article, nous en sommes encore loin !

M. Bernard Jomier. – La question de l'Ondam est essentielle. Alain Milon l'a rappelé et nous en convenons tous.

Comment finance-t-on les hôpitaux ? Nous avons réclamé une évolution du financement vers une diminution de la part de la T2A, qui doit financer ce qu'il est utile qu'elle finance, à savoir les activités programmées.

L'article 23 va dans ce sens : nous l'accueillons positivement. Nous nous opposons à la volonté de la commission de repousser la réforme. Cette réforme sera longue et complexe, et fera des gagnants et des perdants. Il faut justement pénaliser ceux qui abusent du système et engagent une course à l'activité.

Nous sommes prêts à discuter avec le Gouvernement. À l'Assemblée nationale, la rapporteure générale a ajouté le financement de la dialyse par forfait : nous soutenons cette mesure.

M. Aurélien Rousseau, *ministre de la santé et de la prévention*. – C'est là l'un des articles les plus importants de ce texte. Il n'est pas qu'un décalque de la volonté présidentielle. À l'Assemblée nationale comme ici, le tout T2A a été vivement critiqué.

Le Gouvernement ne propose pas que le taux s'applique uniformément dans tous les établissements de France. Non, comme l'a expliqué Bernard Jomier, des activités correspondent bien à une tarification standardisée, comme les prothèses de hanche, par exemple.

De plus, avec une dotation globale, c'est la foire d'empoigne. Les gagnants sont ceux qui ont le plus de soutien politique, ceux qui crient le plus fort.

Je défends ce système à trois briques, tel que je l'ai exprimé dans la lettre de cadrage que j'ai adressée à l'assurance maladie pour les négociations conventionnelles avec les médecins. Il ne sort pas de nulle part ! Nous avons longuement dialogué avec les fédérations hospitalières. À un moment, il faut bien se lancer.

La perspective d'expérimentations par région est trop complexe. Comment régler les cas de malades

résidant à Alès qui vont se faire soigner à l'institut Gustave Roussy ?

Nous avons deux ans de mise en place progressive, d'ici une généralisation en 2026. Il n'existe pas de mode de financement miraculeux, sinon le génie français l'aurait trouvé...

Depuis dix ans, les lignes bougent. Ma philosophie est plus rustique : donnons-nous deux ans, puis nous corrigerons par le biais d'autres financements.

Les établissements de santé ne doivent plus avoir peur de financer des activités essentielles, comme la prise en charge des femmes victimes de violences ou les démarches d'aller vers et de prévention.

Cette réforme ne se fera pas d'un coup de baguette magique. Le chemin n'est pas pavé de roses, mais nous devons avancer.

M. le président. – Amendement n°260, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – A. – À partir du 1^{er} janvier 2025 et pour une durée de trois ans, le Gouvernement est autorisé à conduire une expérimentation relative à l'évolution du modèle de financement des établissements de santé pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie.

Ce modèle distingue, aux côtés des tarifs afférents aux prestations, des dotations relatives à des objectifs de santé publique et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des dotations relatives à des missions d'intérêt général et contribuant à la continuité des soins et à la couverture des charges liées à des missions et activités spécifiques.

B. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au A du présent paragraphe. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de trois régions dont l'une est située outre-mer.

Pour la mise en œuvre de la présente expérimentation, le Gouvernement est autorisé à appliquer à partir du 1^{er} janvier 2025 dans les territoires concernés certaines des modifications prévues aux I et II du présent article.

C. – Au plus tard le 1^{er} septembre 2027, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation. Celui-ci présente l'impact du modèle expérimenté sur l'offre de soins et les indicateurs de santé publique des territoires ainsi que l'impact financier de la réforme sur les établissements de santé. Il expose enfin les modalités opérationnelles nécessaires à la généralisation de l'expérimentation et les dispositifs de sécurisation des ressources envisagés en vue de la transition de l'ensemble des établissements de santé vers ce modèle.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Monsieur le ministre, je sais que vous avez travaillé. Si je vous comprends bien, nous votons la loi pour tout changer, des dérogations interviendront immédiatement, puis nous pourrions revenir en arrière. Nous prônons l'inverse : quand les choses seront prêtes, nous généraliserons.

Les fédérations sont rarement vent debout quand on parle de financement. Mais je sais qu'elles sont inquiètes. Comme les enveloppes sont fermées, il y aura des gagnants et des perdants : qui sera suffisamment motivé pour faire bouger les lignes ?

Nous sommes prêts à vous accompagner, mais sommes en désaccord sur la méthode : expérimentons d'abord, puis gravons dans le marbre de la loi.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Mon point de vue est, au sens photographique, le négatif du vôtre. Nous ne touchons qu'à des articles de la partie législative des codes. Expérimenter en vase clos, sans l'aval du Parlement, me paraîtrait problématique : je préfère vous présenter nos trois piliers et vous rendre compte régulièrement de l'avancement de la réforme. Nos raisonnements sont, en quelque sorte, symétriques.

M. Bernard Jomier. – Je suis d'accord avec certaines remarques du président de la commission. De toute manière, cette réforme échappera pour une large part au législateur. Ce sont les détails qui feront la différence, comme le choix des indicateurs, qui ne se décide pas au Parlement.

L'amendement de la commission reporte la réforme à 2028 : quel message enverrions-nous ainsi aux hôpitaux ? Ils réclament une modification de la T2A -, mais non sa suppression, je suis d'accord avec Alain Milon. Un tel processus de réforme est lourd et long : pourquoi attendre encore ? Non, le calendrier proposé par le Gouvernement n'est pas précipité. Laissons-le se dérouler, c'est la sagesse.

Mme Céline Brulin. – Nous ne sommes pas non plus favorables au report de ces changements, au demeurant modestes. Nous appelons de nos vœux, à l'instar d'un grand nombre d'acteurs, une réforme du financement de l'hôpital qui réduise la part de la T2A, voire la supprime.

M. Mouiller a raison sur un point : l'enveloppe prévue est constante, alors que la situation est loin d'être reluisante - je rappelle qu'un hôpital sur deux est en déficit. Il est indispensable de se pencher sur la question des moyens. Lors du Ségur, un peu d'argent a été mis sur la table : j'ai pensé que cela apporterait une bouffée d'oxygène. Mais il y a eu trop d'oubliés, et je n'ai jamais vu une prime susciter autant de mécontentement...

À enveloppe constante, cette réforme aussi mécontentera tout le monde. Il faut faire un geste, monsieur le ministre !

M. Alain Milon. – Je m'excuse auprès du président de la commission, mais je ne voterai pas non plus le report de cette réforme. Si elle n'est pas totalement finalisée, elle me semble intéressante, à condition qu'on développe la proximité et l'individualité des établissements.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Nous le savons tous, l'hôpital va mal - certains établissements vont bien, monsieur le ministre, mais ils sont l'exception. Nous entendons tous dire que la T2A n'est pas le mode de financement le plus judicieux. Et nous sommes tous d'accord pour prendre en compte des critères qualitatifs.

Mais je ne pense pas que ce soit aussi simple que cela. La réforme est un ensemble, et certains aspects manquent. Ainsi, il faut réfléchir à l'investissement des établissements - le rapport de la Cour des comptes sur la situation des hôpitaux après le covid est intéressant à ce sujet. La garantie de financement a apporté une bouffée d'oxygène, mais les choses se sont corsées ensuite. Ce volet investissement est indispensable pour préparer l'hôpital de demain. Je rêve, monsieur le ministre, d'un Vauban de l'hôpital public !

De même, il faut interroger la performance des dépenses et embarquer tous les chefs d'établissement dans la recherche d'une plus grande efficacité. Dans cet esprit, il faut mieux associer les professionnels à la définition de l'Ondam.

C'est donnant-donnant : de l'investissement, mais de l'engagement !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je n'ai jamais pensé, madame la rapporteure générale, que les choses seraient simples.

L'Ondam hospitalier a progressé de 50 milliards d'euros depuis 2019. Rarement primes auront suscité autant de mécontentement, dites-vous. Ce n'est pas totalement incompréhensible, dans un contexte de décompensation collective après le covid.

Je le dis sans m'en gargariser, mais, partout, nous rouvrons des lits, grâce aux meilleures campagnes de recrutement depuis une dizaine d'années. Le problème est la fidélisation plus que l'attractivité.

Je voudrais bien être Vauban, mais que lui aurait dit la majorité sénatoriale lors de la loi de programmation des finances publiques de 1688 ? (*Sourires*) Il ne peut pas y avoir de compensation entre les efforts d'efficacité faits au quotidien par les établissements et les 19 milliards d'euros du Ségur, un effort majeur, mais, en effet, grignoté par l'inflation, ce qui peut être source de découragement.

Je n'ai jamais dit que la réforme se ferait à enveloppe fermée, et je ne le pense pas.

Mme Émilienne Poumirol. – Bonne nouvelle.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Il faut faire davantage en matière de prévention - d'efficacité, aussi, car la garantie de financement a pu faire revenir

de mauvais réflexes. Globalement, l'hôpital est sous tension depuis longtemps, et il n'y a pas de mammoth à dégraisser.

L'enveloppe n'est pas fermée sur l'activité, et je suis même prêt à revoir le sujet des dotations. On fait payer à l'Ondam de la prévention. Quand des maternités achètent du Beyfortus, est-ce à elles de le payer ? Ce chantier est devant nous.

Je maintiendrai l'exigence d'efficacité, facteur de transformation, mais, je le répète, nous ne sommes pas dans un jeu à somme nulle. (*Mme Émilienne Poumirol s'en félicite.*)

Mme Anne Souyris. – Nous ne sommes pas favorables à la remise en cause d'une réforme aussi attendue. Il y a urgence à agir, notamment en matière d'investissement. Pour avoir été au conseil de surveillance de l'AP-HP, je mesure les difficultés des établissements. Notre hôpital ne doit pas devenir une peau de chagrin.

Monsieur le ministre, vous dites que l'enveloppe ne sera pas fermée ; nous l'entendons, et j'espère que ce sera le cas.

Des bilans d'étape seront nécessaires pour évaluer les moyens de mieux financer l'hôpital, qui est dans un état d'urgence.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Nous sommes tous d'accord sur l'importance de l'article 23. Il faut améliorer le financement de l'hôpital, mais aussi son fonctionnement.

Président d'hôpital il y a un certain temps, j'ai connu le système du forfait. Si nous sommes passés à la T2A, c'est bien que ce système ne fonctionnait pas bien. Tout supprimer d'un coup serait donc une erreur.

Souvenez-vous : le forfait, c'était un peu à la tête du client. Quand vous étiez du bon côté du manche, vous étiez bien servis ; dans le cas contraire, il y avait des années maigres. De surcroît, les établissements de région n'étaient pas traités comme ceux de l'AP-HP. (*M. Jean-Noël Guérini approuve.*)

Toute réforme ayant ses limites, il faut revoir celle de la T2A. Le mix proposé par le Gouvernement me convient, à condition qu'on reste proche du terrain, comme l'a souligné Alain Milon.

Sur le fonctionnement, l'hôpital de Valenciennes est un exemple à suivre, avec son organisation horizontale. (*Marques d'impatience à gauche, l'orateur ayant épuisé son temps de parole.*) *Financement et fonctionnement : il faut travailler dans ces deux directions pour réussir la réforme de l'hôpital.*

Mme Laurence Rossignol. – À ce rythme, nous siégerons dimanche. Au moins, ça nous épargnera la messe...

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous avons tous parlé de la sincérité des comptes, de l'Ondam et des perspectives financières. Or, à la page 202 de l'étude d'impact, on

lit, noir sur blanc, que la réforme n'aura pas d'impact financier. C'est donc bien, monsieur le ministre, que l'enveloppe est constante... Et si elle ne l'est pas et qu'un impact financier est à prévoir, de combien est-il ? Je vais vous aider à y voir plus clair : soutenez notre amendement !

M. Laurent Burgoa. – Très bien !

M. Bernard Jomier. – Vous ne voulez pas de la réforme, dites-le !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Merci d'avoir lu l'étude d'impact avec autant d'attention... Pour la période 2025-2026, il n'y aura pas d'impact - 12 millions d'euros seulement. (*M. Bernard Jomier le confirme.*) C'est après la mise en œuvre de la réforme que les choses évolueront. Certes, je ne prétends pas qu'on annoncera des Ondam à 7 % à partir de 2027... (*Mme Raymonde Poncet Monge s'exclame.*)

Mme Émilienne Poumirol. – Je ne comprends pas la position de la commission. La réforme de la T2A est demandée par tous les acteurs - sinon depuis sa création, du moins quasiment. L'améliorer par ces trois piliers est bienvenu. Pourquoi attendre cinq ans ?

Les besoins de financement sont massifs, nous le savons bien. Si la commission ne veut pas de la réforme, qu'elle le dise clairement !

Cette réforme sera longue, et peut être améliorée ; mais il faut enclencher le mouvement, pour répondre à une longue attente.

Mme Marion Canalès. – Chers collègues de la majorité sénatoriale, pourquoi remettre à demain ce qu'on peut faire aujourd'hui ? Cette réforme prendra beaucoup de temps et n'aura pas d'impact financier. Tout le monde la demande !

M. Laurent Burgoa. – Pas de leçons de morale !

M. Bernard Jomier. – Ça n'a rien à voir avec la morale...

Mme Laurence Rossignol. – De la morale, il en faut ; sinon, que serait la politique ?

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°260 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°47 :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	322
Pour l'adoption.....	184
Contre.....	138

L'amendement n°260 est adopté.

M. le président. – Amendement n°1362, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 32

Après les mots :

fixé chaque année

rédigé ainsi la fin de l'alinéa :

par la loi.

II. – Alinéa 34

Supprimer cet alinéa.

III. – Après l'alinéa 145

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

I bis. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-9, les mots : « arrêté par l'État » sont remplacés par les mots : « fixé par la loi » ;

2° Au début du troisième alinéa de l'article L. 162-22-13, les mots : « L'État » sont remplacés par les mots : « La loi » ;

3° Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 est ainsi rédigé :

« Le montant de cet objectif est fixé chaque année par la loi en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. » ;

4° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-23, les mots : « arrêté par l'État » sont remplacés par les mots : « fixé par la loi ».

IV. - Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

...° Le I bis entre en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cet amendement vise la transparence des crédits hospitaliers. Les objectifs de dépenses relatifs au MCO, aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et aux activités de psychiatrie, entre autres, sont définis en fonction de l'Ondam, par arrêtés ministériels. Nous entendons les soumettre à l'encadrement du législateur, afin d'obliger le Gouvernement à justifier ces montants. Pour l'année prochaine, le Gouvernement n'a pas donné suite à notre demande de précisions sur ces différents champs. Or certaines de ces enveloppes dépassent la dizaine de millions d'euros - jusqu'à 78 millions d'euros pour les MCO et les Migac.

M. le président. – Amendement n°1278, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 34

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Un décret en Conseil d'État, après avis de la Haute Autorité de Santé précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.

M. Bernard Jomier. – Le [rapport](#) de la Cour des comptes du mois dernier recommande des ajustements à la réforme du financement des

établissements pour une tarification plus équitable et un meilleur alignement avec les objectifs de qualité. La Haute Autorité de santé (HAS), qui détient une expertise importante, notamment en matière d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), doit être étroitement associée à la définition de l'Ondam. Cette proposition s'inscrit dans la continuité du [rapport](#) sénatorial *Hôpital : Sortir des urgences*.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Ces amendements sont de nature différente, mais avis défavorable aux deux.

Je comprends la proposition de la commission, mais elle n'est pas réalisable. À l'heure qu'il est, nous ne disposons même pas de chiffres stabilisés pour l'exécution 2022.

Pour ce qui est de l'amendement n°1278, sans doute faudrait-il modifier la mission de la HAS pour mieux l'associer, mais je ne suis pas partisan de confier à des autorités, aussi indépendantes soient-elles, le soin de fixer des objectifs de dépenses.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Je partage l'avis du ministre. Est-ce vraiment le rôle de la HAS de s'immiscer dans des choix politiques ? Avis défavorable à l'amendement n°1278.

L'amendement n°1362 est adopté.

L'amendement n°1278 n'a plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°262, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 41, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Au regard des spécificités de certains traitements, la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation peut être assurée par des forfaits déterminés au regard des modes de prise en charge et modulés selon les caractéristiques des patients.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Le Gouvernement a retenu dans le 49.3 la prise en charge forfaitaire de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale. Nous souhaitons une formulation plus générale, pour ouvrir cette possibilité à d'autres prises en charge.

M. le président. – Sous-amendement n°1290 rectifié à l'amendement n°262 de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Amendement n° 262

I. Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

Remplacer cette phrase par deux phrases ainsi rédigées :

II. - Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Pour les activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, le forfait est déterminé par des critères liés aux caractéristiques des patients et des indicateurs d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que des indicateurs populationnels incluant, notamment, l'amélioration et d'accélération à l'accès à la greffe rénale.

M. Bernard Jomier. – Je partage la position du président de la commission, mais je regrette que la commission ait retiré du texte la disposition sur la dialyse introduite à l'Assemblée nationale sur l'initiative de Stéphanie Rist.

La dialyse est un sujet ancien ; je me souviens d'interventions de M. Milon, alors président de la commission, au sujet de la dialyse à La Réunion, par exemple. (*M. Alain Milon le confirme.*)

Nous avons l'occasion de faire avancer la rémunération par forfait pour une meilleure efficience - il faudra, par ailleurs, reparler du plan Greffes. L'apport de l'Assemblée nationale sur ce point est intéressant.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis très, très réservé.

M. Bernard Jomier. – Qu'est-ce que ça veut dire ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Tout à l'heure, je suis allé trop vite en donnant un avis favorable sur l'amendement présenté par M. Mouiller sur la dialyse et la radiothérapie.

Pour le Gouvernement, en accord avec la rapporteure générale de l'Assemblée nationale, deux activités justifient un travail sur la forfaitisation : la radiothérapie et la dialyse. La financiarisation du premier secteur est un indice clair sur ce point. S'agissant du second, la situation est quelque peu différente : il y a de très gros acteurs, mais aussi des associations pratiquant la dialyse à domicile. Il faudra donc agir plus finement.

Quand il y a financiarisation, il y a rente. Le forfait est dans ce cas un outil adapté.

L'amendement n°262 est satisfait. En ce qui concerne le sous-amendement n°1290 rectifié, je suis gêné par sa précision. En outre, quelle que soit la légitimité de Renaloo, les autres associations de patients dialysés doivent être consultées. Avis défavorable.

Le sous-amendement n°1290 rectifié est adopté.

L'amendement n°262, sous-amendé, est adopté.

M. le président. – Amendement n°417 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

I. – Alinéa 56

Supprimer cet alinéa.

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

.... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

M. Bernard Fialaire. – Les établissements privés à but non lucratif sont parfois les seuls à assurer la permanence des soins. Les centres de lutte contre le cancer, en particulier, jouent un rôle crucial. Or ils sont fortement pénalisés financièrement, le coefficient de minoration de leurs tarifs étant passé à 2,73 % en 2023, ce qui représente une perte de 39,5 millions d'euros. Les praticiens de ces centres n'exercent pas d'activité libérale, et ces structures exercent une mission de service public. Supprimons la minoration de tarifs, source d'iniquité.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Votre amendement empêcherait le dégel tarifaire en fin d'année, ce qui ne correspond pas à son exposé des motifs. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Nous prévoyons de supprimer en deux ans le coefficient de minoration, mais il est essentiel de conserver la mise en réserve prudentielle. Avis défavorable.

L'amendement n°417 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°441 rectifié *sexies*, présenté par Mmes Malet, Billon, Guidez, Belrhiti et Bonfanti-Dossat, M. Burgoa, Mmes Di Folco, Gosselin et Jacques, MM. Laménie et Genet, Mmes Lopez, M. Mercier et Micouleau, MM. Panunzi, Sol, Somon, Tabarot et Gremillet, Mme Joseph, M. H. Leroy et Mme Petrus.

Alinéa 57

Après le mot :

fixe

insérer les mots :

chaque année

Mme Viviane Malet. – Il est impératif de revaloriser les coefficients géographiques pour les territoires ultramarins. À La Réunion, l'augmentation de 31 à 34 % est une bonne nouvelle, mais nous souhaitons une actualisation annuelle de ce taux.

M. le président. – Amendement identique n°1164 *bis*, présenté par Mme Aeschlimann et MM. Sautarel, Khalifé, Paccaud, Cadec et Longeot.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Ces coefficients visent à tenir compte de la situation singulière des territoires ultramarins : insularité, vie chère, retards en matière d'équipements. Dans certains territoires, ils

n'ont pas été revalorisés depuis 2017 ! Une actualisation annuelle, qui ne signifie pas une revalorisation systématique, permettra un meilleur suivi de chaque situation.

M. le président. – Amendement identique n°1262 rectifié, présenté par Mme Bélim et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Audrey Bélim. – À La Réunion, après plus de dix ans d'attente et à la suite de la grève des personnels hospitaliers, un accord a enfin été trouvé. Le coefficient géographique ne peut rester figé. Le CHU de La Réunion présente un déficit de 50 millions d'euros, dont les deux tiers sont imputables à son niveau trop faible. Nous avons obtenu trois points de majoration, mais la Fédération hospitalière de France (FHF) fait état d'un besoin de 8 points.

Le CHU accueille de plus en plus d'évacuations sanitaires - jusqu'à 1 600. Il doit assumer son référencement unique dans toute la zone de l'océan Indien. Tous les Français qui y vivent viennent se faire soigner dans cet établissement.

Les difficultés dans l'hôpital public outre-mer sont nombreuses : emplois précaires, manque de fidélisation du personnel, multiplication des risques de maltraitance... Les hôpitaux publics ont besoin de stabilité, et nous devons penser d'abord à la qualité des soins. (*Marques d'impatience à droite, l'oratrice ayant épuisé son temps de parole ; M. Laurent Burgoa proteste.*)

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable. Monsieur le ministre, quel sera l'impact de la réforme de la T2A sur les coefficients géographiques outre-mer ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Dès ma prise de fonction, mesurant la vigueur de cette demande, j'ai demandé à la Drees de réexaminer nos hypothèses relatives à ces coefficients. J'en ai parlé notamment avec la présidente Huguette Bello. Nous avons décidé une revalorisation progressive pour les territoires où des retards étaient avérés. Cette réforme ne fera que des gagnants.

Madame Bélim, madame Malet, le coefficient géographique à La Réunion augmentera dès 2024. Madame Nadille, monsieur Théophile, le coefficient géographique en Guadeloupe restera stable. Je connais l'attachement du Sénat à une meilleure prise en compte des spécificités ultramarines. Je salue votre engagement à cet égard, notamment celui de M. Théophile.

Au-delà de ces coefficients, d'autres outils existent. Ainsi, le Ségur de la santé a conduit à débloquer 759 millions d'euros en Guadeloupe, dont 580 millions d'euros pour la reconstruction du CHU, financée à 100 % par l'État, 448 millions d'euros en Martinique, 274 millions d'euros à La Réunion et 67 millions d'euros à Mayotte. J'ai une pensée pour les professionnels de santé mahorais, confrontés à une situation particulièrement difficile.

Nous sommes défavorables à l'annualisation. La FHF n'est pas seule à devoir être consultée. Et le coefficient géographique est un élément structurant de la visibilité offerte aux établissements. D'autres mesures doivent être revues chaque année, mais le coefficient géographique requiert une visibilité pluriannuelle.

Ma collègue Fadila Khattabi était il y a quelques jours à La Réunion, où elle a rencontré les équipes de l'hôpital. Ce ne sont pas les mouvements sociaux qui ont conduit à la révision des coefficients géographiques, madame Bélim. Le Gouvernement est particulièrement attentif à ce sujet.

Mme Audrey Bélim. – Une révision annuelle sécuriserait nos territoires. C'est un enjeu de santé publique ! Nous devons viser la qualité des soins, pas la continuité en mode dégradée. La révision annuelle préviendra des situations potentiellement désastreuses.

Les amendements identiques n^{os} 441 rectifié sexies, 1164 rectifié bis et 1262 rectifié sont adoptés.

M. le président. – Amendement n°263, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 98

Remplacer la première occurrence de la référence :

L. 162-22

par la référence :

L. 162-22-6

L'amendement rédactionnel n°263, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°30 rectifié bis, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Somon et Mme Malet.

Après l'alinéa 100

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après le II, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – En vue d'assurer un suivi de l'utilisation des fonds affectés à la dotation populationnelle, un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. » ;

M. Alain Milon. – Les dispositions relatives à la psychiatrie sont insuffisantes. En particulier, le pouvoir réglementaire est trop peu encadré en ce qui concerne le compartiment financé par la dotation populationnelle. Je propose un bilan annuel de l'utilisation de cette dotation.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Demande de rapport : avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis.

L'amendement n°30 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°1279, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 105

Supprimer cet alinéa.

M. Bernard Jomier. – Nous maintenons la remise d'un rapport annuel au Parlement sur le financement des établissements de santé.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – C'est l'objet de l'annexe VI au PLFSS. Votre demande est donc satisfaite par la loi organique : avis défavorable. En revanche, nous pourrions discuter du format de cette annexe. Les données ne sont pas mises à disposition du Parlement de façon satisfaisante.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – L'annexe VI éclaire le Parlement sur les actions menées dans le champ du financement des établissements. Nous ne perdons donc rien en supprimant le rapport. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Monsieur le ministre, la forme de l'annexe VI ne permet pas un suivi réel des évolutions. Je veux bien retirer mon amendement, si vous vous engagez sur sa transformation.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Nous retravaillerons cette annexe pour la rendre exploitable.

L'amendement n°1279 est retiré.

M. le président. – Amendement n°264, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 128

Rédiger ainsi le début de l'alinéa :

3° Dans sa rédaction résultant du 1° du présent E,

L'amendement rédactionnel n°264, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°148 rectifié bis, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

Après l'alinéa 175

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

« III. – Après le 3° du E de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Par dérogation aux dispositions du 1° et 2° du présent E, les modalités de financement antérieures à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, demeurent applicables jusqu'au 31 décembre 2024 pour les établissements mentionnés au d

et au e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

M. Alain Milon. – Cet amendement vise à maintenir de manière transitoire, jusqu'au 31 décembre 2024, les modalités actuelles de financement des établissements privés de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Prenons le temps d'appréhender les conditions de la bascule vers la nouvelle tarification. Il s'agit d'accompagner la réforme en donnant de la souplesse aux acteurs, non de la remettre en cause.

M. le président. – Amendement identique n°606 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

M. Bernard Fialaire. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cette réforme que nous souhaitons est entrée en vigueur le 1^{er} juillet dernier. Un retour en arrière ne serait pas pertinent. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le président Mouiller a raison, cet amendement entraînerait un retour en arrière non souhaitable. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 188 rectifié et 606 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°597 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Alinéas 179 et 180

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

2° Au 2°, la date : « 28 février 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2028 » ;

3° La première phrase du sixième alinéa est complétée par les mots : « pour l'année 2026, à compter du 1^{er} mars jusqu'au 28 février 2027, pour l'année 2027, à compter du 1^{er} mars 2027 jusqu'au 28 février 2028 et, pour l'année 2028, à compter du 1^{er} mars 2028 et jusqu'au 31 décembre 2028 » ;

4° Au huitième alinéa, la date : « 1^{er} janvier 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2028 ».

Mme Maryse Carrère. – Nous proposons d'allonger de deux ans la période transitoire pendant laquelle les établissements publics pourront continuer d'utiliser le modèle de financement actuel en matière de SMR.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Je comprends vos préoccupations. La période de transition est calée jusqu'en 2026. La prolonger dès à présent me paraît prématuré. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis : la période de transition court jusqu'au 31 décembre 2027.

L'amendement n°597 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°265, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 188 à 203

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

VII. – Les I et II et VI entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2028.

VIII. – Les III à V entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – En cohérence avec la position de la commission, cet amendement reporte au 1^{er} janvier 2028 l'entrée en vigueur de la réforme du financement du MCO. Il préserve en outre le mécanisme de sécurisation modulé à l'activité jusqu'à la fin 2025.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°265 est adopté.

L'article 23, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 23

M. le président. – Amendement n°26 rectifié *quater*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Somon et Mmes Malet et Aeschlimann.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « facteurs spécifiques », sont insérés les mots : « et notamment la concurrence frontalière, ».

M. Khalifé Khalifé. – Le code de la sécurité sociale prévoit des coefficients géographiques pour les établissements implantés dans des régions où les coûts sont plus élevés - Île-de-France, Corse, Outre-mer.

Les zones frontalières de la Suisse et du Luxembourg ont du mal à recruter et fidéliser le personnel médical du fait de la concurrence de ces pays qui offrent des rémunérations trois à quatre fois plus élevées. Nous proposons de le prendre en compte *via* le coefficient géographique.

M. le président. – Amendement identique n°605 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin et MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol, Laouedj et Roux.

Mme Maryse Carrère. – Dans un contexte de crise de l'attractivité des professions médicales et

paramédicales, les établissements des zones frontalières subissent une double peine du fait de la concurrence de leurs voisins, qui offrent une rémunération bien supérieure. À Mont-Saint-Martin, en Meurthe-et-Moselle, près de la frontière belge et luxembourgeoise, cinquante postes d'infirmiers ne sont pas pourvus à l'hôpital et tout un étage a dû être fermé !

L'amendement n°392 rectifié n'est pas défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – C'est vrai, la concurrence frontalière accroît les difficultés de recrutement. Cependant, cet ajout ouvrirait la voie à une énumération de critères qui n'est pas souhaitable : avis défavorable. Nous disposons d'autres éléments pour faire face à cette concurrence.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis. Le problème est aigu à la frontière suisse et luxembourgeoise, un peu moins aux frontières allemande et belge. Nous devons mieux rémunérer nos soignants pour qu'ils ne partent pas dès la fin de leurs études : à ce titre, l'indemnité de résidence pour les frontaliers de la Suisse, annoncée par Stanislas Guerini, est plus adaptée que le coefficient géographique. Nous sommes également en discussion avec le président de la Collectivité européenne d'Alsace. Cela dit, les différentiels de rémunération sont tels que nous avons parfois l'impression d'ériger un barrage contre le Pacifique...

Mme Nathalie Goulet. – Nous demandons régulièrement un rapport sur la fraude sociale transfrontalière - amendement retoqué cette année. Le sujet devait être traité dans un rapport du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), nous attendons toujours. Certains touchent le chômage en France tout en travaillant dans les pays frontaliers...

Les amendements identiques n°s 26 rectifié quater et 605 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°659 rectifié bis, présenté par MM. Buval, Théophile et Patient, Mme Nadille, MM. Fouassin et Lemoyne, Mme Duranton et MM. Buis et Rambaud.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « facteurs spécifiques », sont insérés les mots : « , liés notamment à l'éloignement, à l'insularité, aux contraintes géographiques ainsi qu'à la précarité sanitaire des populations. »

Mme Solanges Nadille. – Je m'apprêtais à défendre cet amendement de M. Buval, mais M. le ministre a déjà répondu. Il est néanmoins urgent de réévaluer les coefficients au vu des besoins de nos établissements.

L'amendement n°659 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°964 rectifié, présenté par Mme Corbière Naminzo et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 758-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 758-1-... – Par dérogation au 3° du I de l'article L. 162-22-10 et au 3° du I de l'article L. 162-23-4, les coefficients géographiques prévus par le présent code applicables en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin fixés chaque année tiennent compte de tous les facteurs modifiant les coûts des établissements. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Notre droit prévoit des adaptations pour tenir compte des particularités des outre-mer, notamment un coût de la vie plus important et des revenus moindres. Les coefficients géographiques censés pallier ces inégalités sont toutefois insuffisants. Ils n'ont pas été réévalués et ne tiennent pas assez compte des coûts réels supportés par les établissements ultramarins. Il faut y remédier.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable. Nous avons déjà évoqué ce point.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis. Les coefficients géographiques viennent d'être révisés, notamment pour La Réunion, avec une hausse significative.

Madame Nadille, la précarité n'est pas prise en compte par le coefficient géographique mais par une mission d'intérêt général (MIG). Les outre-mer mobilisent 25 % de cette enveloppe nationale, pour 3 % de la population.

L'amendement n°964 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1264, présenté par M. Ouizille et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au II de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le mot : « sont » est remplacé par le mot : « est », et les mots : « les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement » sont remplacés par les mots : « l'apport positif des projets des établissements en termes d'offres de soin, dont l'augmentation du nombre de lits ou de la couverture territoriale ».

Mme Annie Le Houerou. – Nous voulons supprimer toute référence aux ratios d'analyse

financière et aux marges financières dans les critères d'attribution des crédits du Ségur. Sortons de la logique financière et partons des besoins de soins de la population.

À Guingamp, dans un territoire qui cumule les difficultés, la maternité est menacée de fermeture. Il faut investir dans les établissements pour renforcer leur attractivité.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Les besoins des territoires peuvent en effet faire partie des critères d'analyse. Mais il est normal de tenir compte des critères financiers : c'est un équilibre global. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Des établissements reconstruits récemment font face à de grandes difficultés, car l'analyse financière n'a pas été suffisamment étayée. (*Mme Élisabeth Doineau renchérit.*) L'hôpital de Corbeil-Essonnes, qui fait un travail remarquable, rencontre des difficultés, car le plan de financement a mal été réalisé. Résultat, on fait reposer sur le haut du bilan des charges d'emprunt insoutenables.

Dans les hôpitaux ultramarins, il y a une prise en charge à 100 % par l'État, faute de capacité d'autofinancement.

Supprimer ces critères constituerait une bombe à retardement. La décision d'investissement tient compte du rôle social des hôpitaux dans le territoire : les analyses ne se fondent pas uniquement sur l'analyse financière, l'approche n'est pas comptable ou malthusienne, mais vise à garantir que l'établissement s'en sortira !

L'amendement n°1264 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°598 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Pour les années 2024 et 2025, les établissements bénéficient d'une sécurisation de leurs recettes d'assurance maladie. »

M. Bernard Fialaire. – Les pertes des établissements de SMR sont estimées à 36 millions d'euros pour 2024. Nous souhaitons initialement garantir un financement au moins égal à 2023, mais avons dû modifier notre amendement pour le rendre recevable. Dans l'attente d'une réforme, inscrivons dans la loi l'objectif de sécurisation de leurs recettes d'assurance maladie.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable : la rédaction ne

présente pas de caractère opérationnel. En outre, un dispositif transitoire est prévu.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Il existe un décalage entre le texte de l'amendement et l'exposé des motifs.

Ne jetons pas l'opprobre sur des dispositifs qui poussent les établissements à assurer l'activité. Sans incitation, nous avons du mal à faire admettre les patients en SMR, ce qui bloque des lits de médecine à l'hôpital et, en aval, les urgences. Avis défavorable.

L'amendement n°598 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°478 rectifié, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, MM. Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport dressant :

– Un bilan des financements accordés aux établissements relevant du a et du b de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ;

– Un bilan des transpositions aux établissements relevant du b de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale des mesures de revalorisations salariales accordées aux établissements relevant du a du même article.

M. Bernard Fialaire. – Le secteur privé solidaire est né au XIX^e siècle d'une volonté de s'impliquer dans la cité. Ces établissements exercent une mission de service public, tout comme les établissements publics, mais ils subissent des inégalités de traitement - accrues avec la crise sanitaire - en matière de tarification et de moyens financiers alloués. Nous demandons une évaluation annuelle des financements alloués aux secteurs public et privé, afin d'apporter des correctifs, le cas échéant.

M. le président. – Amendement identique n°627 rectifié *bis*, présenté par M. Canévet, Mmes N. Goulet et O. Richard, MM. Delcros, Longeot, Kern, Duffourg et Courtial, Mme Havet et MM. S. Demilly, Henno et Bleunven.

Mme Nathalie Goulet. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Demande de rapport : avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis. L'annexe VI rend compte de cette situation, même si elle n'est pas toujours limpide.

Les amendements identiques n°s 478 rectifié et 627 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°1293, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin d'accompagner le développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, l'État peut autoriser, par dérogation aux dispositions de la section 5 du chapitre 2 du titre VI, certains établissements de santé à percevoir une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une hospitalisation à domicile.

Cette rémunération ne peut être versée qu'aux établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale autorisés au traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques du cancer.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment les critères de sélection des établissements de santé et les modalités de détermination de la rémunération forfaitaire susmentionnée. La liste des établissements sélectionnés pour participer à l'expérimentation est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette expérimentation est prévue pour une durée de trois ans à compter de la parution du décret mentionné à l'alinéa précédent.

Le rapport d'évaluation de l'expérimentation fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je retire mon amendement pour laisser la commission présenter le sien.

M. Laurent Burgoa. – Quelle galanterie !

L'amendement n°1293 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1363 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et afin d'accompagner le développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, certains établissements de santé peuvent être autorisés à percevoir, par dérogation à la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une hospitalisation à domicile.

Cette rémunération ne peut être versée qu'aux établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22 du même code, autorisés au

traitement du cancer par traitements médicamenteux systémiques du cancer.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment les critères de sélection des établissements de santé et les modalités de détermination de la rémunération forfaitaire susmentionnée. La liste des établissements sélectionnés pour participer à l'expérimentation est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette expérimentation est prévue pour une durée de trois ans à compter de la publication du décret mentionné au troisième alinéa du présent article.

Avant la fin de l'expérimentation prévue au présent article, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ne peuvent pas toujours assurer le suivi des patients en oncologie. Les équipes paramédicales doivent monter en compétences.

Le déploiement de la HAD pour les chimiothérapies se heurte à un problème de financement. C'est pourquoi, en accord avec les établissements, nous proposons d'expérimenter le versement d'un forfait aux établissements MCO autorisés au traitement du cancer pour les chimiothérapies à domicile.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°1363 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°966 rectifié, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation des maternités.

Le rapport évalue les conséquences en matière de continuité et d'accès aux soins pour les populations des conséquences des fermetures de maternités.

Mme Silvana Silvani. – En 2022, le taux de natalité a atteint son niveau le plus bas depuis 1946. Peur de l'avenir, difficultés économiques, mais aussi peur du présent : le manque de pédiatres, de places de crèches, les fermetures de nombreuses maternités sont des facteurs aggravants.

Selon la Drees, 221 maternités ont été fermées entre 2000 et 2017, 900 000 femmes habitent à plus d'une demi-heure de route d'une maternité. Pendant l'été 2022, 10 % des maternités étaient partiellement fermées. Le nombre total est passé de 816 en 1995 à 478 en 2020.

Avec 1,8 enfant par femme depuis 2020, nous n'assurons plus le renouvellement de la population. (*M. Laurent Burgoa s'impatiente.*)

Nous avons besoin d'évaluer les conséquences de ces fermetures sur la continuité et l'accès aux soins.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – Malgré l'importance du sujet, avis défavorable, car c'est une demande de rapport.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. – Établir un lien entre la baisse de la natalité et l'état des maternités me semble discutable. Le Gouvernement fait tout pour maintenir les maternités ouvertes. Nous avons suspendu l'autorisation pour une maternité ayant réalisé seulement 96 accouchements sur une année : pas pour des motifs financiers, mais bien pour maintenir la sécurité des soins.

En outre, c'est une demande de rapport : avis défavorable.

Mme Silvana Silvani. – J'entends. Mais nous demandons une analyse scientifique et rigoureuse des conséquences des fermetures des établissements.

L'amendement n°966 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°1046 est retiré.

La séance est suspendue quelques instants.

L'article n°24 est adopté.

ARTICLE 25

M. Daniel Chasseing. – Cet article élargit les compétences des pharmaciens, déjà amenés à jouer un rôle essentiel dans les vaccinations et les dépistages d'anticorps : ils pourront désormais prescrire des antibiotiques contre les angines bactériennes ou les cystites sans fièvre. Cela libérera du temps médical précieux, sachant que ces affections bénignes représentent respectivement six millions et trois millions de consultations médicales.

Sans doute faut-il établir un âge minimum pour ne pas mettre en danger la santé des enfants.

Je suis très favorable à cet élargissement de compétences, les pharmaciens étant souvent les seuls à être ouverts le samedi, notamment en milieu rural. Cela évitera de se rendre aux urgences ou de faire 40 km pour trouver un médecin de garde.

M. le président. – Amendement n°266, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Rédiger ainsi le début de cet alinéa :

« a) Prescrire certains vaccins. La liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier de ces vaccins sont déterminées...(le reste sans changement)

L'amendement rédactionnel n°266, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°415 rectifié, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mme Berthet, MM. Anglars, Panunzi et Cadec, Mme Dumont, MM. Brisson et Bouchet, Mme M. Mercier, MM. Houpert, Bruyen et Allizard, Mmes Petrus, Micouleau et Gosselin, M. Lefèvre, Mme Aeschlimann, M. Mandelli, Mmes Belhiti et Bonfanti-Dossat et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

Alinéa 5

Après la référence :

b)

insérer les mots :

Pour les seuls patients âgés de plus de 10 ans,

M. Alain Milon. – Mme Lassarade, qui est pédiatre, appelle à distinguer la situation des adultes de celle des enfants. Ces derniers sont davantage exposés à des virus et bactéries pouvant être responsables d'infections. Un examen clinique complet est nécessaire pour poser le bon diagnostic et apporter la bonne réponse thérapeutique.

Par ailleurs, la réalisation d'un Trod par une personne non rompue à cette pratique est liée à son acceptabilité par l'enfant. C'est pourquoi nous proposons de réserver cette mesure aux patients âgés de plus de 10 ans.

M. le président. – Amendement identique n°1272, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Comme Mme Lassarade, nous limitons cette mesure aux patients de plus de 10 ans.

Je rappelle au passage l'importance pour les médecins de réaliser un Trod lors de la consultation. Leur fiabilité est reconnue ; cela ne prend que deux minutes, et permet une prescription adaptée.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – Je fais confiance aux spécialistes. C'est un décret en Conseil d'État qui fixera les conditions d'application, et notamment une éventuelle limite d'âge, qui peuvent évoluer en fonction des recommandations de la HAS.

Avis défavorable, non sur le principe, mais sur les modalités.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. – La pratique du Trod est trop peu développée, c'est vrai. Les médecins n'y sont pas forcément plus habitués que les pharmaciens... Je confirme que le décret en Conseil d'État sera pris après avis de la HAS. *Via* une ordonnance conditionnelle, le médecin peut déjà confier au pharmacien le soin de réaliser le Trod. Avis défavorable, car cela ne relève pas du niveau de la loi.

M. Bernard Jomier. – Dans les délégations de tâches, une tâche n'est pas isolée. La réalisation du Trod n'est pas systématique. Pour neuf millions

d'angines diagnostiquées, il n'y a qu'un million de Trod réalisés. Une fois le diagnostic posé, le pharmacien délivrera le traitement - mais *quid* des éventuelles contradictions ou interactions médicamenteuses ? Qui prescrira l'arrêt de travail ? Le partage de tâches est nécessaire, mais il faut bien définir le champ de compétence, sans quoi le patient nous reviendra quand même pour faire un certificat ou un arrêt de travail !

M. Alain Milon. – Mon amendement ne concerne pas les arrêts de travail, puisqu'il concerne les enfants de moins de 10 ans, pour lesquels les parents peuvent faire un mot d'excuse.

Je maintiens l'amendement pour montrer la volonté du Sénat de voir cette limite fixée à 10 ans.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Veillons à ne pas distiller une forme de suspicion. J'ai rencontré de nombreux pharmaciens : ils n'entendent pas se substituer au médecin. Au moindre doute, ils renverront vers ce dernier.

Le cas, maintes fois évoqué, d'une cystite à 23 heures un samedi, illustre bien l'utilité de l'action du pharmacien lorsqu'il n'y a pas de doute diagnostic.

Les pharmaciens n'essaieront jamais d'outrepasser leur rôle et repasseront toujours, en cas de nécessité, par le médecin traitant.

Faire du pharmacien un acteur de santé publique est une avancée. Ce n'est pas du partage des tâches, mais de la mutualisation de compétences.

M. Daniel Chasseing. – Les pharmaciens sont désormais souvent intégrés dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa) et ont accès au dossier médical partagé (DMP) : ils verront les risques d'interactions médicamenteuses aussi bien que les médecins.

Cette mesure est précieuse pour les traitements ponctuels, et éviter de se rendre aux urgences le samedi pour une cystite ou une angine. S'il y a toujours un problème le lundi, le patient ira voir le médecin.

Je rappelle que 250 pharmacies ferment chaque année, alors que leur rôle est essentiel, notamment en milieu rural.

Les amendements identiques n^{os} 415 rectifié et 1272 sont adoptés.

L'amendement n°856 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°1018 rectifié *bis*, présenté par MM. Menonville et Bonnacarrère, Mmes O. Richard et Guidez, MM. Bonneau, Courtial, Bouchet et Kern, Mme Canayer, M. Wattebled, Mme Drexler, M. P. Martin, Mmes Jacquemet et Perrot, MM. J.M. Arnaud et Henno, Mme Billon, MM. Chatillon, Tabarot et Duffourg, Mme N. Goulet, MM. Bleunven et Klinger, Mme Saint-Pé, MM. Chauvet et H. Leroy et Mme Antoine.

Mme Nathalie Goulet. – Nous précisons que le recours au pharmacien a lieu en l'absence de médecin traitant ou de médecin régulateur.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable, cela limiterait encore les possibilités.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable. Ce n'est pas l'esprit de la mesure proposée.

L'amendement n°1018 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°267, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 5, dernière phrase

Après le mot :

délivrer

insérer les mots :

sans ordonnance

II. – Alinéa 6

Après le mot :

délivrent

insérer les mots :

sans ordonnance

L'amendement rédactionnel n°267, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 25, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 25

M. le président. – Amendement n°424 rectifié *ter*, présenté par MM. Folliot et J.M. Arnaud, Mme O. Richard, M. Levi, Mme de La Provôté, MM. Kern, Courtial, Duffourg et Canévet, Mme Puissat, MM. Menonville et Bleunven, Mmes Billon, Perrot, Saint-Pé et Loisier et M. L. Hervé.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4211-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « selon une liste établie par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens » sont remplacés par les mots : « nécessaires à leurs soins » ;

2° Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les médecins bénéficiant de cette autorisation sont autorisés à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer les médicaments inscrits sur les prescriptions médicales de tous les professionnels médicaux exerçant

leur activité au sein d'une maison de santé au sens de l'article L. 6323-3 du présent code.

« Ils sont autorisés à délivrer aux patients dont ils sont le médecin traitant les médicaments remboursables auxquels s'applique l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, qui bénéficient d'une autorisation d'importation parallèle, qui font l'objet d'une distribution parallèle ou qui sont visés au premier alinéa de l'article 17 de la loi n° 92-1477 du 31 décembre 1992 à condition que lesdits médicaments aient été prescrits par des médecins spécialistes.

3° Au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou l'infirmier pratiquant des soins à domicile pour ses patients dépendants » ;

4° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins bénéficiant de cette autorisation sont inscrits sur les listes des pharmacies établies par les agences régionales de santé. » ;

5° Au sixième alinéa, le mot : « médecins » est remplacé par les mots : « les professionnels de santé » ;

6° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , ou bien par les médecins et spécialistes qui exercent avec eux dans le cadre d'une maison de santé » ;

7° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré acquitte une participation forfaitaire, en sus de la franchise laissée à la charge de l'assuré en application du III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, lorsque le médecin lui délivre des médicaments remboursables en application des dispositions du présent article. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par un décret en Conseil d'État, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

M. Olivier Henno. – L'inégal accès à la santé a de lourdes répercussions dans les territoires sous-dotés. Cet amendement vise à inscrire les propharmaciens sur les listes établies par les ARS afin qu'ils puissent participer au développement de l'offre de soins dans les communes dépourvues d'officine.

M. le président. – Je m'aperçois que vous n'étiez pas signataire de l'amendement, mon cher collègue...

Mme Frédérique Puissat. – Défendu !

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Avis défavorable. Le statut de propharmacien est très utile, mais l'assouplissement est trop important.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Même avis.

L'amendement n°424 rectifié ter n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°878 rectifié *bis*, présenté par M. Duffourg, Mme Vermeillet, MM. Laugier et Henno, Mme Perrot, MM. Delcros et J.M. Arnaud, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Gremillet,

Guerriau et Longeot, Mme Aeschlimann et MM. Bleunven et Maurey.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5123-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5123-8. – La délivrance de certains médicaments en officine, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, peut se faire à l'unité.

« La délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs en termes de soins.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments et dispositifs qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité. »

M. Olivier Henno. – Il faut limiter le gaspillage de médicaments mais aussi de petit matériel médical.

M. le président. – Amendement n°423 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini et Guiol, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5123-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « De la même manière, la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs en termes de soins. » ;

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) après les mots : « des médicaments », sont insérés les mots : « et des dispositifs » ;

b) les mots : « pour ces médicaments » sont supprimés ;

M. Bernard Fialaire. – La [loi](#) Économie circulaire de 2020 a prévu la délivrance à l'unité de certains médicaments pour limiter le gaspillage. Nous proposons d'étendre les mesures de conditionnement unitaire aux dispositifs médicaux. Trop souvent, inutilisés, ils finissent à la poubelle.

M. le président. – Amendement identique n°1024 rectifié *ter*, présenté par Mme Havet, MM. Fouassin, Iacovelli, Buis et Rambaud, Mmes Schillinger et Phinera-Horth, M. Rohfritsch, Mmes Cazebonne et Nadille et MM. Lemoyne, Canévet, Buval, Haye et Patient.

Mme Solanges Nadille. – Un Français a une consommation moyenne de médicaments dont le coût est 40 % plus élevé que celle de ses voisins

européens, et jette en moyenne 1,5 kg de médicaments non utilisés par an. Il convient de raisonner notre consommation.

L'amendement n°10 rectifié ter n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°588 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5211-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils fixent également les conditions dans lesquelles la délivrance des dispositifs mentionnés au même article L. 5211-1 ne peut excéder les besoins effectifs du patient en termes de soins. »

M. Daniel Chasseing. – Le code de la santé publique permet la délivrance à l'unité de certains médicaments, pour éviter le gaspillage. Or ce même gaspillage se constate aussi avec les dispositifs médicaux. L'amendement vise à garantir que la délivrance de dispositifs médicaux ne peut excéder les besoins effectifs du patient.

Je rappelle que l'infirmier peut désormais prescrire les compléments.

M. le président. – Amendement n°883 rectifié *bis*, présenté par Mme Blatrix Contat.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin d'éviter le gaspillage des médicaments, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, la délivrance de certains médicaments en officine se fait à l'unité. De la même manière, la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs en termes de soins.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments et dispositifs qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité.

Mme Florence Blatrix Contat. – Le [rapport d'information](#) de la commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et [celui](#) de l'OCDE sur la gestion des déchets pharmaceutiques des ménages mettent en exergue un double problème : pénurie et gaspillage. Cet amendement vise à agir sur les deux plans.

M. le président. – Amendement n°992 rectifié, présenté par MM. Hochart, Szczurek et Durox.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 5121-33 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-33-... ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-33-.... – Pour tous les antibiotiques où la forme galénique rend possible leur délivrance à l'unité, celle-ci devient obligatoire pour la pharmacie d'officine et la pharmacie à usage intérieur, tout en respectant les protocoles spécifiques visant à garantir l'asepsie, la précision de la dose, la sécurité du patient ainsi que la traçabilité. »

M. Aymeric Durox. – En France, on dénombre 33 000 décès des suites de résistances aux antibiotiques ; en 2050, ce sera 240 000. C'est pourquoi nous défendons l'obligation pour les pharmacies de délivrer les antibiotiques à l'unité, afin d'éviter l'automédication. L'enjeu est à la fois environnemental et économique, pour éviter tant le gaspillage que la pénurie.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable à l'amendement n°992 rectifié, inopérant. L'obligation n'est pas possible pour les formes galéniques les plus fréquemment en pénurie. La délivrance à l'unité serait en outre très chronophage pour le pharmacien.

Les autres amendements portent sur les dispositifs médicaux, catégorie qui regroupe quatre classes de produits extrêmement divers, pouvant être prescrits par plusieurs types de soignants. Il est délicat d'imposer une obligation générale. Quel est l'avis du Gouvernement ? Les dispositifs médicaux seront-ils intégrés à la charte des bonnes pratiques pour endiguer les pénuries, monsieur le ministre ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°992 rectifié, peu opérant et peu adapté à de nombreux cas de figure. La dispensation à l'unité présente un défi logistique considérable pour les pharmaciens. La rendre obligatoire est irréaliste.

Concernant les autres amendements, je serais tenté d'émettre un avis favorable à condition qu'un décret précise des conditions de sécurité sanitaire adaptées, en matière de conditionnement notamment. Ce serait une disposition législative d'appel nécessitant un cadrage strict, d'autant que les pharmaciens ne sont pas seuls à dispenser des dispositifs médicaux.

Avis favorable à ces amendements, donc, à condition qu'un décret soit pris.

Il faut envoyer un signal pour lutter contre le gaspillage.

Selon les représentants du secteur, il n'y a pas de pénurie cette année : nous disposons des stocks nécessaires. En revanche, le système de distribution des médicaments est dérégulé. Les pharmaciens - dont le comportement est parfaitement rationnel - essaient d'obtenir des doses, notamment d'amoxicilline, auprès des industriels, et les stockent à titre préventif. Mais

les industriels privilégient les pharmacies de grande taille, pénalisant ainsi les territoires ruraux et les petites officines.

J'ai demandé à l'Ordre des pharmaciens de remettre, la semaine prochaine, une charte sur le rôle des grossistes répartiteurs, qui ont fait la preuve de leur efficacité : ils doivent gérer à nouveau 80 % du flux.

Nous rencontrons des problèmes d'approvisionnement pour les dispositifs médicaux associés aux médicaments pédiatriques - verres gradués ou pipettes. Ils sont sous surveillance.

Un amendement du Gouvernement vise à renforcer les compétences de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en matière de régulation. Si les professionnels ne se saisissent pas de la charte, je n'hésiterai pas à recourir au *name and shame*.

Mme Émilienne Poumirol. – J'insiste sur le rôle que pourrait avoir l'État sur les conditionnements proposés par des industriels.

Certains patients venus à l'hôpital pour trois points de suture ressortent avec des boîtes de cinquante compresses, des pinces, des ciseaux... assez de matériel médical pour se soigner pendant trois ans !

Mme Nathalie Goulet. – Les prestataires fournissent des compresses aux malades sortant de l'hôpital au détriment des pharmacies locales, pourtant susceptibles d'en fournir dans des quantités plus raisonnables. J'y vois la marque de l'intervention de cabinets de conseil au sein des hôpitaux... Nouons le dialogue avec les hôpitaux, qui doivent demander au patient s'il a une pharmacie de proximité ou non. C'est une question déontologique.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je partage votre analyse. Certes, nous ne ferons pas 500 millions d'euros d'économies sur le sujet, mais des gains importants sont possibles. L'hôpital n'a pas vocation à délivrer la totalité du matériel postopératoire. Nous ne portons pas là seulement une ambition comptable. Le système n'est pas soutenable.

La France compte 21 000 pharmacies. Nous expérimentons les antennes officinales, nous verrons si cela fonctionnera. Dans certaines petites villes, la fermeture d'une pharmacie entraîne de réelles difficultés. Le maintien du maillage officinal est un sujet majeur. Il n'y a pas de déserts officinaux - mais il ne faut pas qu'ils apparaissent.

M. Daniel Chasseing. – Je rejoins Mme Goulet. Certaines personnes sortent de l'hôpital, pour de petites plaies, munies de boîtes énormes de compresses ! Il y a des économies à faire.

L'amendement n°878 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

Les amendements n°s 423 rectifié bis, 1024 rectifié ter, 588 rectifié bis, 883 rectifié bis et 992 rectifié n'ont plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°35 rectifié bis, présenté par MM. Milon et Burgoa.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « d'une spécialité figurant dans un groupe générique », sont insérés les mots : « , biosimilaire mentionné au 15° de l'article L. 5121-1 » ;

- au deuxième alinéa, après les mots : « une spécialité du même groupe générique », sont insérés les mots : « , du même groupe biosimilaire » ;

- après le troisième alinéa, est inséré un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution ne peut pas être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe biosimilaire. » ;

b) Au premier alinéa du III, après les mots : « une spécialité du même groupe générique », sont insérés les mots : « , du même groupe biosimilaire » ;

2° L'article L. 5125-23-2 est abrogé.

M. Alain Milon. – Les médicaments biologiques similaires constituent une alternative sûre et efficace aux médicaments biologiques de référence. L'Agence européenne du médicament (AEM) est en faveur d'une automaticité de l'interchangeabilité dès l'obtention de leur autorisation de mise sur le marché (AMM).

C'est ce que propose cet amendement, après autorisation de l'ANSM. Nous gagnerions ainsi en lisibilité, pour les professionnels de santé comme pour les patients.

M. le président. – Amendement n°1300 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À défaut, deux ans après la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale du premier médicament biologique similaire, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale autorise le pharmacien à délivrer par substitution au médicament biologique de référence un médicament

biologique similaire appartenant à ce groupe sauf avis contraire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé publié avant la fin de cette période. L'avis de l'Agence peut comprendre le cas échéant des conditions de substitution et d'information et des mises en garde de nature à assurer la continuité du traitement en vue de la substitution par le pharmacien. »

II. – Pour la mise en œuvre du 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique concernant les médicaments biologiques similaires déjà inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale avant la publication de la présente loi, l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doit intervenir avant le 31 décembre 2024.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Nous allons dans le même sens, monsieur Milon, mais je vous invite néanmoins à vous rallier à l'amendement du Gouvernement.

Les associations de patients sont réticentes, nous proposons donc deux ans de commercialisation avant une substitution automatique.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Les deux amendements vont dans le même sens, mais par souci d'efficacité et de souplesse, avis favorable à l'amendement de M. Milon et défavorable à l'amendement du Gouvernement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – C'est blessant ! (Sourires)

L'amendement n°35 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°1300 rectifié n'a plus d'objet.

ARTICLE 26

M. le président. – Amendement n°268, présenté par Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 6

I. – Première phrase

1° Après le mot :

écrit

insérer les mots :

établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique

2° Remplacer les mots :

même code

par les mots :

code du travail

II. – Seconde phrase

Remplacer le mot :

dudit

par les mots :

du même

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. – Cet amendement sécurise le dispositif prévu à l'article 26 en prévoyant un encadrement renforcé pour les protocoles de délégation entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail. À ce propos, monsieur le ministre, il faudrait réfléchir à une extension du dispositif.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Pour le suivi individuel renforcé des salariés agricoles, votre amendement se réfère à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique. Mais des dispositions législatives spécifiques sont inscrites dans le code du travail. Le médecin du travail reste libre de définir le périmètre, dans la limite des missions qu'il peut déléguer. Le renvoi que vous proposez n'aurait pas l'effet escompté. Les dispositions existantes dans le code du travail sécurisent pleinement le processus. Avis défavorable.

L'amendement n°268 est adopté.

M. le président. – Amendement n°1236, présenté par Mme Lubin et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La liste des actes pouvant ainsi être délégués fait l'objet d'un avis de la Haute Autorité de santé.

Mme Monique Lubin. – Cet amendement prévoit que la HAS rend un avis sur la liste des actes pouvant faire l'objet d'une délégation à un infirmier en santé au travail (IST) dans le cadre d'un renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles.

L'article 26 ne prévoit aucune consultation d'une autorité d'expertise indépendante, signe de votre absence de stratégie en matière de la médecine du travail... La [loi](#) sur la santé au travail met pourtant l'accent sur la prévention, mais l'objectif est impossible à tenir, faute d'effectifs.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. – Cet amendement n'est ni souhaitable ni nécessaire, l'article 26 se bornant à prévoir des délégations d'actes entre médecins du travail et IST, dans la limite de la compétence de ces derniers. De plus, la commission a déjà proposé un amendement pour mieux encadrer les délégations entre elles. Inutile, enfin, d'ajouter une mission supplémentaire à la HAS. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le procès fait au Gouvernement de vouloir tuer la médecine du travail n'est pas cohérent ! Rendre ces protocoles plus accessibles est un combat de longue date des infirmiers. Si un protocole de coordination identique est appliqué ailleurs, pourquoi repasser par l'avis de la HAS ? N'alourdissons pas ! Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous n'avons pas dit que le Gouvernement voulait tuer la médecine du travail ; nous ne faisons que constater la baisse du nombre de médecins du travail, et la désaffectation des étudiants pour cette spécialité.

Déléguer des actes aux IST vise à pallier la pénurie. Mais la médecine du travail n'en est pas moins en train de mourir. Il faut réfléchir à son attractivité.

L'amendement n°1236 n'est pas adopté.

L'article 26, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 26

M. le président. – Amendement n°1297, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 165-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa d'un produit ou d'une prestation sous forme de nom de marque ou de nom commercial est subordonnée à la transmission la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9, ou un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, sauf dans le cas où il déclare sur l'honneur qu'il n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification.

« En cas de manquement par un exploitant à un engagement souscrit à l'alinéa précédent, les produits et prestations inscrits par cet exploitant sont alors radiés de la liste mentionnée au premier alinéa. » ;

2° L'article L. 165-5-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa de l'article L. 165-5-1 après les mots : « exploitant ou distributeur au détail » sont insérés les mots : « et pour l'exploitant ou le distributeur au détail à la détention de la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l'attente de l'obtention de la certification. L'exploitant ou le distributeur qui ne diligente pas d'activités de présentation d'information et de promotion, telles que visées par la charte, fournira une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ce code ne peut être obtenu que sur présentation par l'entreprise du certificat ou d'une attestation sur l'honneur qu'elle n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification. » ;

3° L'article L. 165-6 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Peuvent seuls adhérer aux accords locaux ou nationaux mentionnés au I, les distributeurs au détail détenant la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou s'étant engagés à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l'attente de l'obtention de la certification. L'exploitant ou le distributeur qui ne diligente pas d'activités de présentation d'information et de promotion, telles que visées par la charte, fournira une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation.

« V. – Les produits et prestations inscrits sur la liste définie à l'article L. 165-1 délivrés par un distributeur au détail ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si l'entreprise détient la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou s'est engagé à se faire certifier, en l'attente de l'obtention de la certification, ou une déclaration sur l'honneur qu'il n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification. »

II. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Cet amendement clarifie le cadre d'application de la charte de la visite médicale issue de la [LFSS](#) pour 2019, qui a été restreint par la dernière [LFSS](#) aux seuls produits inscrits sous le nom de marques. Nous rétablissons le périmètre initial, en incluant les produits génériques.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable.

L'amendement n°1297 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°481 rectifié *ter*, présenté par M. Ouizille, Mme Narassiguin, MM. Fichet, M. Weber et Redon-Sarrazy, Mme G. Jourda, M. Ziane, Mmes Canalès et Blatrix Contat, M. Lurel, Mme Espagnac, MM. Mérillou, Montaugé, Bourgi et Tissot, Mme Bonnefoy, MM. Gillé et Ros, Mmes Conway-Mouret et Conconne et MM. P. Joly et Roiron.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4111-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont autorisés à exercer leur activité en ville dans les conditions prévues à l'article L. 4111-1-3. »

2° Après l'article L. 4111-1-2, il est inséré un article L. 4111-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4111-1-3. – Toute nouvelle installation d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste en ville au sens de l'article L. 4111-1 est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé du territoire où se situe la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste, après avis simple, rendu dans les trente jours suivant sa saisine, du conseil départemental de l'ordre dont il relève.

« Si la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste est située dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation est délivrée de droit.

« Dans le cas contraire, l'autorisation d'installation ne peut être délivrée qu'à la condition qu'un médecin ou un chirurgien-dentiste de la même spécialité et exerçant dans la même zone cesse concomitamment son activité. Cette autorisation est de droit.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins et du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

« Ce décret est pris dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi. »

II. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui formule des propositions afin de cibler des aides à l'installation vers les zones où l'offre de soins est la plus dégradée.

Mme Marion Canalès. – Cet amendement flèche l'installation des généralistes, des spécialistes et des chirurgiens-dentistes vers les zones où l'offre de soins est insuffisante, dans la droite ligne de l'article 4 de la [proposition de loi](#) défendue l'an dernier par Mme Poumirol. Il crée une autorisation d'installation délivrée par l'ARS, qui serait de droit en zone sous-dotée mais conditionnée à la cessation d'activité d'un autre professionnel dans les autres cas.

C'est un premier pas dans la régulation mais le principe de liberté d'installation continue de prévaloir, les mesures incitatives restant pertinentes.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous avons débattu de cette question lors de l'examen de la [proposition de loi](#) Valletoux. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Effectivement, vous avez eu de longs débats à cette occasion. Avis défavorable, éclairé par ceux-ci.

Mme Céline Brulin. – Donc le débat est clos ?

Mme Corinne Narassiguin. – Si nous revenons à la charge, c'est que le problème reste entier ! La désertification médicale touche 90 % du territoire. La Seine-Saint-Denis, pourtant proche de Paris, est fortement affectée, comme les zones rurales. Des

travaux transpartisans sont menés sur ce sujet à l'Assemblée nationale.

Imaginons des solutions plus contraignantes pour les médecins, qui sont largement subventionnés par les contribuables.

Mme Nathalie Goulet. – Je voterai cet amendement (*on s'en réjouit sur les travées du groupe CRCE-K*). Un dispositif contraignant avait été voté dans la [loi](#) Hôpital, santé, territoire (HPST), aussitôt supprimé par une [proposition de loi](#) sénatoriale...

M. Daniel Chasseing. – Les zones rurales peinent tellement à trouver des médecins que je voterai aussi cet amendement.

À la demande du groupe *Les Républicains*, l'amendement n°481 rectifié ter est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°48 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	337
Pour l'adoption.....	75
Contre.....	262

L'amendement n°481 rectifié ter n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1122 rectifié, présenté par M. Lurel, Mme Bélim, MM. Mérimou et Pla, Mme Conway-Mouret, M. P. Joly et Mmes Monier et Conconne.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Au premier alinéa de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2026 ».

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

M. Patrice Joly. – Pour lutter contre la désertification médicale dans les outre-mer, l'article 71 de la [loi](#) Santé de 2019 autorise des praticiens diplômés hors Union européenne (Padhue) à s'installer aux Antilles-Guyane et à Saint-Pierre-et-Miquelon. Mais cette mesure prendra fin le 31 décembre 2025 sans qu'aucune évaluation n'ait été produite. Reportons l'échéance à 2026.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Votre demande est satisfaite par la

[proposition de loi](#) Valletoux : le report court jusqu'en 2030 et Mayotte a été ajoutée. Certes, la CMP n'a pas encore eu lieu, mais nous soutenons cette proposition.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Effectivement. Même s'il n'est pas présent en CMP, le Gouvernement fera tout pour que cette disposition soit maintenue. Avis défavorable, à défaut d'un retrait.

M. Patrice Joly. – En cas d'adoption de la proposition de loi Valletoux, cet amendement deviendrait superfétatoire ; en attendant, je le maintiens.

L'amendement n°1122 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°450 rectifié quater, présenté par MM. P. Joly et Pla, Mmes Narassiguin et Blatrix Contat, MM. M. Weber, Fichet, Bouad, Cozic, Ziane, Redon-Sarrazy, Darras et Tissot, Mme Espagnac, M. Mérillou, Mmes Monier et Bonnefoy, MM. Bourgi, Kerrouche, Ros, Lurel et Jeansannetas et Mmes Conconne et Canalès.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. 4131-6-... – La signature par un médecin généraliste, installé dans une zone caractérisée par une offre de soins particulièrement élevée au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du présent code, d'une convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est subordonnée à l'exercice préalable de son activité, pendant au moins dix-huit mois en équivalent temps plein sur une période maximale de trois ans dans une zone autre que celles évoquées aux 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du présent code. Cette durée peut être accomplie, selon le choix du médecin généraliste de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine.

« Dans l'une des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° du même article L. 1434-4, cette durée est réduite à douze mois sur une période maximale de deux ans. Cette durée peut être accomplie, selon le choix du médecin généraliste, de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine. Le cas échéant, la période accomplie dans cette zone est prise en compte pour le calcul de la durée mentionnée au premier alinéa du présent article si le médecin généraliste concerné s'installe ultérieurement dans une zone relevant du 2° dudit article.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I n'est pas applicable aux médecins généralistes qui, à la date de publication de la présente loi, remplissent les conditions mentionnées au I de l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

M. Patrice Joly. – En zone rurale, on consulte deux fois moins son médecin qu'ailleurs et on consomme 16 % de moins de soins hospitaliers. Un chirurgien me disait recevoir désormais des patients qu'il ne peut plus soigner, car ils arrivent trop tard. C'est une perte de chance, et 14 000 morts par an qui seraient évités si l'accès aux soins était le même qu'ailleurs. L'espérance de vie est inférieure de deux ans à la moyenne nationale, parfois de quatre ans.

Pour remédier à ce scandale, cet amendement fait appel à la solidarité nationale : les médecins devraient passer douze mois en équivalent temps plein (ETP) sur trois ans dans les zones sous-dotées, ou dix-huit mois pour les zones non surdotées, sur deux ans.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Les différences d'espérance de vie varient sur le territoire, mais sont dues essentiellement à des facteurs sociaux.

M. Patrice Joly. – Ce n'est pas ce que dit l'étude de l'Association des maires ruraux de France (AMRF) !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Entre les deux extrémités de la ligne B du RER, l'espérance de vie varie de dix ans !

Votre amendement instaure un déconventionnement sélectif. Des professionnels de santé commencent à adopter cette pratique. Tous les syndicats ont menacé de se déconventionner si des mesures telles que la vôtre étaient adoptées. Ce serait catastrophique.

Je n'ai pas de solution miraculeuse à opposer à votre proposition, que j'ai moi-même testée. Mais la réponse est unanime : les médecins et les internes n'en veulent pas.

Nous avons créé des dispositifs d'aide, nous renforçons l'attractivité, nous menons des actions de sensibilisation avec les doyens des facultés. Nous poussons tous les curseurs, mais, dès que nous basculerons dans un système coercitif, ce sera la chute de l'hôpital.

M. Patrice Joly. – Monsieur le ministre, vous parlez des inégalités sociales. Je ne les conteste pas, mais elles s'ajoutent aux inégalités territoriales. Pour ma part, j'ai testé cette idée dans la Nièvre auprès des patients : elle leur convient parfaitement.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°450 rectifié quater est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°49 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	334

Pour l'adoption.....	69
Contre.....	265

L'amendement n°450 rectifié quater n'est pas adopté.

L'amendement n°648 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°957, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. 4131-6-... – Dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, définies par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Mme Firmin Le Bodo a déclaré que 87 % du territoire médical était un désert médical. Mais il existe des nuances dans ces déserts entre Paris et la Nièvre... En tête du classement figurent le centre et le nord de la France.

Je sais que nous devons gérer les conséquences de la diminution du *numerus clausus*, mais nous devons avoir le courage de mener une politique plus ferme.

Nous avons tenté les mesures incitatives ; nous avons vu le résultat... Instaurons donc le conventionnement sélectif en vue d'inciter à l'installation dans les zones sous-denses.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis pour les mêmes raisons, même si je suis désolé de paraître expéditif.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Chacune de nos propositions est refusée. Or nous ne sommes pas encore au creux de la vague : elle arrive ! Les générations futures seront confrontées à un manque cruel de médecins. J'ai une question simple à vous poser : que proposez-vous d'autre ?

J'aimerais vous entendre. Dans mon département, le Pas-de-Calais, c'est une catastrophe. Faites-nous des propositions alternatives !

Que pouvons-nous répondre à nos concitoyens lorsqu'ils nous interrogent, lorsqu'ils harcèlent à juste titre les maires à ce propos ?

Il faut parfois attendre quinze jours à trois semaines pour obtenir un rendez-vous médical.

M. Daniel Chasseing. – Je reviens sur la loi créant une quatrième année d'internat. C'est bien, mais de nombreux médecins susceptibles d'être maîtres de stage sont débordés. J'avais proposé un amendement déclaré irrecevable, selon lequel, durant les six derniers mois de la dixième année, le stage pouvait être effectué non pas avec un maître de stage, mais avec un médecin référent. Cela aurait été utile dans de nombreux territoires.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°957 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°50 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	278
Pour l'adoption..... 51	
Contre.....227	

L'amendement n°957 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°131 rectifié *ter*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé et Mmes Demas, Petrus et Aeschlimann.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – À titre expérimental, et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut autoriser une évolution des actes réalisés par les manipulateurs en électroradiologie.

II. – Un décret, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I, notamment les actes autorisés et les régions concernées.

M. Alain Milon. – Nous voulons poursuivre la délégation de tâches dans certaines professions de santé, comme la radiothérapie.

Sous l'effet des nouvelles technologies, le métier de manipulateur en électroradiologie médicale (MEM) est en pleine mutation. Or le cadre réglementaire actuel n'est pas adapté à ces évolutions. Des délégations de tâches, dans le cadre de protocoles de coopération, sont à l'étude, mais une approche nationale fait défaut.

Nous proposons donc une expérimentation de trois ans pour que les MEM montent en compétences.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Il est vrai que le cadre réglementaire est dépassé face à l'évolution rapide des techniques de la profession. Les risques liés à cet amendement sont minimes : le dispositif est expérimental et encadré par les Académies de médecine et de pharmacie. Laissons les professionnels réfléchir à leurs pratiques : avis favorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – En effet, le métier se transforme rapidement et les manipulateurs radio deviennent une denrée rare. Cela dit, j'ai un désaccord de principe avec votre amendement : le bon levier pour avancer est celui des protocoles de coopération, validés par la HAS puis généralisés. Il est vrai que ces protocoles se diffusent plus ou moins rapidement : nous devons inciter les professionnels à s'en saisir.

L'amendement n°131 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1239, présenté par M. Fichet et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport analyse plus largement les conséquences financières et organisationnelles de la régulation de l'intérim médical relevant de l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, en particulier en matière de fermetures de lits et de services, dans les centres hospitaliers dits de proximité ou intermédiaires, et plus spécifiquement pour les services qui fonctionnent majoritairement avec des personnels assurant des missions d'intérim.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement de Jean-Luc Fichet concerne l'intérim médical.

L'hôpital public souffre : dégradation des conditions d'accueil, épuisement des personnels, fermetures de services - des maternités ferment même lorsqu'elles réalisent 500 accouchements par an...

La régulation de l'intérim médical est nécessaire, mais des services ont été bouleversés, comme aux urgences de Carhaix ou de Pontivy.

À Carhaix, quinze urgentistes sur quarante-trois manquaient à l'appel. Tous les acteurs se sont mis autour de la table et un protocole d'accord a été finalement signé.

Nous demandons une évaluation de l'application de cette régulation, notamment de la prime de solidarité territoriale, qui ne fonctionne pas.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1239 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1276, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet un rapport au Parlement, avant le 31 mars 2024, ayant pour but de prévoir un plan de développement, de financement et de programmation triennal de l'offre concernant les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé et les lits d'accueils mutualisés.

Ce rapport devra établir une feuille de route précise du développement et du financement de ces prises en charge sur les années à venir.

M. Bernard Jomier. – Nous demandons un rapport sur les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil mutualisés (LAM), qui accueillent des personnes sans logement. Ces structures sont précieuses, or il en manque au moins plusieurs milliers.

Nous demandons au Gouvernement une programmation sur trois ans pour renforcer ces structures, essentielles aux soins des personnes précaires.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°1276 n'est pas adopté.

ARTICLE 26 BIS

M. Daniel Chasseing. – En Corrèze, il n'y a pas de service de pédopsychiatrie, et nous ne pouvons accéder à celui de Limoges.

Les mineurs du centre départemental de l'enfance (CDE) ou des maisons d'enfants à caractère social (Mecs) qui souffrent de troubles psychotiques ou du comportement sont adressés aux urgences, puis renvoyés quelques heures plus tard avec un traitement qu'ils ne prendront pas.

L'article 26 bis part d'une bonne intention, mais nous avons besoin d'une structure adaptée à ces prises en charge, avec des lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

L'article 26 bis est adopté, de même que l'article 26 ter.

ARTICLE 26 QUATER

M. le président. – Amendement n°269, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cet article vise à prolonger une autorisation légale donnée aux ministres pour définir par arrêté les forfaits techniques compensant les frais d'équipement des médecins radiologues.

Le Gouvernement a pris un arrêté en avril, puis l'a abrogé quelques mois plus tard. Cet article est un nouveau revirement, demandant un délai pour prendre un troisième décret.

On demande cette autorisation au Parlement sans donner d'estimation financière, tout en prenant de court les négociations conventionnelles. Supprimons donc cet article.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je reconnais que le Gouvernement a tâtonné sur ce sujet.

L'objectif est simple : seuls deux pays au monde pratiquent encore le conditionnement individuel pour les produits de contraste, la France et le Japon. Nous devrions faire comme tous les autres pays - parfois, le génie français devrait s'incliner devant l'expérience des autres... Les conditionnements seraient achetés directement par le professionnel ou l'hôpital. Telle était l'intention initiale du Gouvernement.

Mais les sociétés savantes nous ont alertés : elles craignaient que certains radiologues soient tentés d'utiliser moins de produits de contraste, très chers, au prix de clichés de moins bonne qualité.

Toutefois, nous devons avancer sur ce sujet, d'où l'amendement n°1296 du Gouvernement. Nous devons aussi éviter le gaspillage de produits de contraste, très nocifs pour l'environnement.

Nous revenons cette année avec la même intention, mais améliorée. C'est source d'économies majeures et cela protégera l'environnement.

Avis défavorable.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Compte tenu des explications du ministre, je retire l'amendement de la commission.

L'amendement n°269 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1049, présenté par Mme Nadille, MM. Patriat, Iacovelli, Théophile, Bitz, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Haye, Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Mohamed Soilihi, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch et Mme Schillinger.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la première phrase est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'arrêté susmentionné peut prévoir la création d'un supplément facturable par les spécialités utilisant des produits de contraste et non éligibles à la facturation de forfaits techniques. »

Mme Solanges Nadille. – Je retire cet amendement au profit de l'amendement n°1073.

L'amendement n°1049 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1073, présenté par Mme Nadille.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'arrêté susmentionné peut prévoir la création d'un supplément facturable par les spécialités utilisant des produits de contraste et non éligibles à la facturation de forfaits techniques. »

Mme Solanges Nadille. – L'article 49 de la LFSS 2023 prévoyait l'intégration des produits de contraste au forfait en imagerie médicale, avec une entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2023, reportée au 1^{er} mars 2024. Cet amendement tend à revaloriser les actes associés à l'utilisation de produits de contraste pour lesquels il n'existe pas de forfait technique, afin de compenser le coût de l'acquisition des produits de contraste pour les professionnels.

M. le président. – Amendement identique n°1296, présenté par le Gouvernement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable.

Les amendements identiques n°s 1073 et 1296 sont adoptés.

L'article 26 quater, modifié, est adopté, de même que l'article 26 quinquies.

ARTICLE 26 SEXIES

M. le président. – Amendement n°270, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 1, première phrase

1° Supprimer les mots :

« dépression post partum »

2° Remplacer la deuxième occurrence du mot :

et

par le signe :

,

3° Supprimer les mots :

, des sages-femmes

II. – Alinéa 2, première phrase

1° Remplacer la deuxième occurrence du mot :

le

par le mot :

leur

2° Supprimer les mots :

des femmes qui vivent une dépression post partum

L'amendement rédactionnel n°270, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°271, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Remplacer le mot :

après

par le mot :

avant

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cette demande de rapport émane du Gouvernement : nous en sommes très satisfaits et demandons d'avancer sa date de remise.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°271 est adopté.

L'article 26 sexies, modifié, est adopté.

AVANT L'ARTICLE 27

M. le président. – Amendement n°273, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont saisies pour avis de tout projet de décret en Conseil d'État modifiant le plafond du montant de la participation forfaitaire. Le cas échéant, la signature du décret en Conseil d'État ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours. » ;

2° Le dernier alinéa du III est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont saisies pour avis de tout projet de décret modifiant le montant de la franchise annuelle pour au moins l'une des prestations ou l'un produits mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent III. Le cas échéant, la signature du décret ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours. »

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous avons évoqué la question des franchises en discussion générale, mais une incompréhension subsiste. Nous ne connaissons pas l'intention du Gouvernement, mais, manifestement, l'Ondam en tient compte... Quelle est donc votre intention, monsieur le ministre ? Pour vous aider, nous vous proposons de venir en débattre devant les

commissions des affaires sociales des deux chambres...

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Monsieur le président Mouiller, votre proposition d'aide me touche... (*Sourires*)

Mme Émilienne Poumirol. – Au cœur !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Sachez que la décision n'est pas prise, car j'attends encore des éléments.

Les travaux statistiques montrent que la quasi-totalité des patients en affection de longue durée (ALD) atteignent déjà le plafond de 50 euros - qui ne serait pas modifié ; aucun changement pour eux. Pour l'assuré qui se rend une fois par an chez son médecin, le doublement des franchises équivaldrait à 17 euros par an, en moyenne.

Quatre mois de consultations obligatoires sont prévus. Je n'ai aucun problème pour venir devant les commissions des affaires sociales, mais, par principe, je ne conditionnerai pas l'exercice du pouvoir réglementaire autonome du Gouvernement à l'aval du Parlement.

J'ai besoin de plus d'éléments statistiques pour vérifier qu'une telle mesure ne créera pas de perdants structurels. À ce stade, je n'en vois pas, mais vous ferai parvenir tous les documents lorsque j'en disposerai.

Mme Céline Brulin. – Monsieur le ministre, « ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément. »

Je suis effarée que, alors que nous examinons le PLFSS - 640 milliards d'euros -, au bout d'une trentaine d'heures de débats, le sort d'une disposition à 800 millions d'euros n'ait pas encore été tranché par le Gouvernement. C'est indigne et irrespectueux pour nos concitoyens, pour qui l'accès aux soins relève du parcours du combattant - 6 millions d'entre eux n'ont pas de médecin traitant - et qui sont confrontés à des pénuries de médicaments.

Par honnêteté, dites-nous si, oui ou non, le Gouvernement entend augmenter le montant des franchises médicales.

Sur les recettes, nous avons fait des propositions, systématiquement refusées. (*Mme la rapporteure générale s'exclame.*)

M. Laurent Burgoa. – Des taxes !

Mme Céline Brulin. – Là, nous nous apprêtons à demander un effort considérable aux patients sur les dépenses.

Je voterai l'amendement de la commission, mais ira-t-elle jusqu'au bout ? (*Mme Marianne Margaté applaudit.*)

Mme Corinne Féret. – Monsieur le ministre, je m'associe aux propos de ma collègue. Vous nous

parlez enfin du doublement des franchises – incidemment ! Mais savez-vous ce que 17 euros représentent pour nos concitoyens qui n'arrivent pas à finir le mois ? Le Président de la République dit qu'il ne faut pas augmenter les impôts, mais vous trouvez le moyen de faire des économies sur le dos des Français...

M. Bernard Jomier. – C'est le principe de responsabilité...

Mme Raymonde Poncet Monge. – Monsieur le ministre, vous nous dites attendre des éléments financiers. Mais la bonne question, pour un ministre de la santé, serait la suivante : quelles conséquences en matière d'accès aux soins ?

Vous cherchez à récupérer 800 millions d'euros, alors que nos propositions, que vous refusez au nom du choc fiscal, vous auraient rapporté plusieurs centaines de millions.

Quelle est votre motivation initiale ? Responsabiliser ? Éviter les consultations de confort ? Avez-vous mesuré l'impact de cette mesure sur le non-recours des personnes pour qui 17 euros seront rédhibitoires ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Cette mesure n'est pas neutre, je le sais. Madame Brulin, je veux bien tout entendre, mais ne remettez pas en cause mon honnêteté.

Mme Céline Brulin. – Il ne s'agit pas de votre honnêteté personnelle.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je parle bien de 17 euros annuels, en moyenne. Nous pouvons avoir des désaccords politiques, mais j'ai eu une vie et je sais ce que sont 17 euros pour nos concitoyens ! Je n'accepte pas ces sous-entendus.

Par ailleurs, le premier qui a parlé des franchises, c'est moi : le 22 juillet, deux jours après ma prise de fonction.

Les franchises modifient-elles les comportements ? Oui, sans aucun doute.

Nous devons mener une réflexion collective sur notre consommation de médicaments - plus 7,7 % l'an dernier - qui pose des problèmes écologiques, de surconsommation et d'antibiorésistance. En sortant de chez le médecin, on passe directement à la pharmacie pour les médicaments, sans vérifier si on les a déjà, ou pas, dans son armoire à pharmacie...

Je veux savoir si le doublement des franchises changera les comportements de consommation de nos concitoyens et signalera que le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres.

Si cette mesure n'est vécue que comme un moyen de faire les fonds de poche - déjà peu remplis - des Français, on aura tout raté.

Des dépenses qui augmentent de 7 % par an, c'est insoutenable. Nous devons débattre de cette question

avec les industriels. Il faut responsabiliser les patients, sans les culpabiliser.

Nous étions passés à la quatrième place des consommateurs d'antibiotiques en Europe, nous sommes en train de remonter dans le classement. C'est un sujet global qui concerne les patients, les médecins, les pharmaciens.

Si la mesure sur les médicaments me permet de faire 800 millions d'économies, je n'hésiterai pas à utiliser cette somme pour l'hôpital public. Je préfère toutefois que nous prenions cette décision à l'issue de l'examen des textes financiers : ce temps de réflexion et d'analyse, qui se nourrit des réactions, est utile.

M. Alain Milon. – Les franchises ont été créées en 2008, durant le quinquennat de Nicolas Sarkozy, et n'ont jamais été remises en cause depuis lors. Un doublement des franchises serait compensé par les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), qui ne manqueraient pas d'augmenter leurs cotisations. Mais les Ocam ne veulent plus être des payeurs aveugles.

M. Bernard Jomier. – Monsieur le ministre, pardonnez-moi, mais vous êtes plutôt confus.

Votre collègue Cazenave a refusé toutes nos propositions d'augmentation des recettes - y compris sur la fiscalité comportementale - avec pour seul argument le pouvoir d'achat.

Dès lors, le ministre de la santé ne peut être en désaccord avec son collègue des comptes publics et vouloir récupérer des millions d'euros sur nos concitoyens qui ont besoin de ces médicaments ! C'est injuste, ce n'est pas une bonne cible et c'est incohérent.

Cette mesure, qui frappe les plus fragiles, est profondément injuste et antisociale. Dieu merci, vous n'augmentez pas le plafond - ce serait le pompon !

Mme Nathalie Goulet. – À partir de l'article 40, nous examinerons une série de propositions sur la lutte contre la fraude : prenons l'argent dans la poche des voleurs plutôt que dans celle des assurés. Je ne mets absolument pas en doute votre honnêteté, je suis sûre que vous ne mettrez pas en doute la mienne. (*Mme Nadia Sollogoub applaudit.*)

Mme Anne Souyris. – Je m'interroge sur le caractère inégalitaire de cette mesure. Je crains que les changements de comportements ne soient le fait des plus précaires, qui n'achèteront plus les médicaments dont ils ont besoin.

Nous devons nous intéresser à la formation des médecins plutôt qu'au comportement des patients, car, avec les franchises, une partie de la population risque d'arrêter de se soigner. Ce qui, *in fine*, reviendra plus cher. Votre raisonnement est à très, très courte vue...

Mme Émilienne Poumirol. – Il y a incohérence entre les deux ministres. Hier, nous avons longuement débattu des taxes comportementales sur le sucre et

l'alcool, qui ont prouvé leur efficacité. Le ministre Cazeneuve a refusé nos propositions, au nom du pouvoir d'achat. Or vous évoquez aujourd'hui la hausse des franchises. Mettez-vous d'accord !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Il n'y a pas deux discours, mais il peut y avoir des décisions différentes sur une même question.

J'ai défendu les taxes comportementales lors des réunions interministérielles, mais je n'ai pas été suivi. Dans le cadre du plan national de lutte contre le tabagisme, j'ai plaidé pour une augmentation substantielle du prix du paquet des cigarettes, mais je suis solidaire du Gouvernement qui n'a pas souhaité d'augmentation cette année. Le débat sur le sucre et sur l'alcool a lieu au Parlement.

Le Gouvernement n'a pas encore tranché la question des franchises : si les Français considèrent que c'est une mesure uniquement financière et non de santé publique, le message sera brouillé.

Soyez assurés que le ministère de la santé n'a pas abdiqué sur les taxes comportementales.

L'amendement n°273 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°272, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Art. L. 162-1-13-1. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, en cas de rendez-vous non honoré auprès d'un professionnel de santé en ville, il est mis à la charge de l'assuré social une somme forfaitaire définie par décret.

« La somme mentionnée au premier alinéa peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

2° Après le 1° du I de l'article L. 162-14-1, il est inséré un 1° ... ainsi rédigé :

« 1° ... Les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré par l'assuré social pour lequel l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-13-1 ; ».

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous voulons que les assurés qui n'honorent pas un rendez-vous médical versent une somme forfaitaire à l'assurance maladie.

L'amendement n°1336 rectifié n'est pas défendu.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable, non pas sur le fond, mais sur la forme : ce sujet relève de la négociation conventionnelle.

Il est facile d'envisager une « taxe lapin » pour les personnes qui prennent rendez-vous sur les plateformes ; mais c'est plus difficile quand c'est par téléphone.

Ces comportements font perdre beaucoup d'actes. Nous y travaillons d'arrache-pied avec Agnès Firmin Le Bodo. Les médecins sont à la fois très demandeurs et réticents à sanctionner eux-mêmes.

Mme Céline Brulin. – Nous voterons contre cet amendement. Bien sûr, quelques individualistes prennent de multiples rendez-vous, sans se soucier de leurs concitoyens. Mais la plupart des gens se rendent sur les plateformes pour prendre plusieurs rendez-vous car ils n'ont plus accès à un médecin. (*M. Laurent Burgoa, Mmes Pascale Gruny et Élisabeth Doineau le contestent.*)

Les plateformes se sont emparées du marché de la consultation. Il est plus facile de ne pas honorer des rendez-vous impersonnels pris sur ces plateformes...

Je suis d'accord avec vous monsieur le ministre : les médecins n'ont pas le temps de gérer ces problèmes et de mettre les patients à l'amende. De plus, comment faire le tri entre de vrais empêchements et des comportements inconséquents ?

L'amendement n°272 est adopté et devient un article additionnel.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Adopté ? Vous en êtes sûr ?

M. le président. – Amendement n°275, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction :

« a) de la consultation et du renseignement du dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-15 du même code ;

« b) de la participation des professionnels à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins. »

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – La rémunération des professionnels de santé doit être modulée selon deux critères : l'utilisation du dossier médical partagé (DMP) et la participation aux efforts de maîtrise des dépenses de

santé. Nous voulons inciter vraiment les professionnels à utiliser le DMP !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé*. – Avis défavorable, pour deux raisons. D'abord, la modulation de la rémunération des professionnels de santé s'appuie déjà sur des indicateurs liés au DMP. Ensuite, l'effort de maîtrise des dépenses est partagé avec ces professionnels de santé depuis des années : nul besoin d'en faire une condition de la modulation.

L'amendement n°275 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°274, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « tôt », la fin du I de l'article L. 162-14-1-1 est ainsi rédigée : « à la date d'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. » ;

2° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-15 est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière conduit la trajectoire de dépenses d'assurance maladie à s'écarter excessivement de celle votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du vingt-cinquième alinéa est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière conduit la trajectoire de dépenses d'assurance maladie à s'écarter excessivement de celle votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;

b) Après le mot : « tôt », la fin du vingt-septième alinéa est ainsi rédigée : « à la date d'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. »

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – La Cour des comptes a relevé le manque d'évaluation des conséquences financières des conventions conclues entre les professionnels de santé et l'assurance maladie. Pour y remédier, cet amendement apporte deux modifications au régime applicable à ces conventions : le Gouvernement pourrait s'opposer à une convention remettant en cause de manière substantielle la trajectoire de dépenses votée par le Parlement et l'entrée en vigueur d'une convention serait subordonnée à l'adoption d'une nouvelle loi de financement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. – Le code de la sécurité sociale prévoit déjà la possibilité

de suspendre une revalorisation lorsque le comité de surveillance de l'Ondam émet une alerte ; dans ce cadre, l'assurance maladie a décidé cette année de décaler de six mois l'entrée en vigueur d'une mesure. De plus, les accords conventionnels respectent l'Ondam et la trajectoire de dépenses. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Je suis sceptique sur l'opérationnalité de l'amendement. Notre maîtrise de l'Ondam est toute relative, dans la mesure où le PLFSS sera, *in fine*, adopté par 49.3. Par ailleurs, les négociations conventionnelles viennent de s'ouvrir, mais le Gouvernement n'a inscrit dans le PLFSS aucun montant dans cette perspective.

Admettons qu'une revalorisation tarifaire soit décidée, par exemple pour les infirmiers : comment fait-on ? Il faudrait au moins préciser que la mesure vaut en cas de dépassement du seuil d'alerte. Je comprends l'intention, dans la mesure où il n'y a pas de réelle régulation des dépenses de soins de ville, mais l'amendement n'est, à tout le moins, pas très adroit.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – J'entends les remarques de M. Jomier, mais il s'agit surtout d'envoyer un message. Il n'y a aucune anticipation : nous ne faisons que constater que l'Ondam est allégrement dépassé. J'imagine que le Gouvernement anticipe le coût budgétaire des négociations... Un minimum de prévision s'impose.

M. Bernard Jomier. – C'est un très bon amendement d'appel...

L'amendement n°274 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1244, présenté par M. Temal et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 114-8 du code des relations entre le public et l'administration est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est complété par les mots : « , ainsi que pour établir son droit au bénéfice éventuel d'une prestation ou d'un avantage prévus par des dispositions législatives ou des actes réglementaires et, le cas échéant, lui attribuer lesdites prestations ou avantages. » ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « peuvent échanger » sont remplacés par le mot « échanger » ;

b) Le mot : « éventuellement » est supprimé.

Mme Corinne Féret. – Cet amendement est issu de la [proposition de loi](#) de M. Temal visant à lutter contre le non-recours aux prestations sociales. Nous proposons d'instaurer un échange de données entre

les administrations afin de combattre le non-recours, qui atteint 60 % pour certains dispositifs. C'est une démarche de bon sens, particulièrement nécessaire dans une période de forte inflation, qui affecte surtout les plus fragiles.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – L'intention est légitime, mais l'amendement satisfait. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – La lutte contre le non-recours est une priorité du Gouvernement. Nombre d'avancées ont déjà été réalisées, notamment dans la loi 3DS. Le Président de la République s'est engagé à mettre en œuvre la solidarité à la source : nous le ferons dès le 1^{er} janvier prochain. Puis, à partir du premier trimestre 2025, les déclarations des allocataires seront préremplies pour encourager le recours au juste droit.

Dans les trente-neuf territoires « zéro non-recours », les acteurs de la solidarité travailleront ensemble pour mieux informer nos concitoyens sur leurs droits.

Le Gouvernement est résolument engagé, et cet amendement n'accélérait en rien les travaux en cours. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Marion Canalès. – Le non-recours accroît le risque de basculer dans la précarité. Il est souvent la conséquence d'un manque d'information, aggravé par le repli des services publics dans nos territoires. Les maisons France Services ne peuvent pas tout faire. Des sites privés comme *Mes-allocs.fr* tirent profit des difficultés d'accès aux droits pour marchandiser les démarches.

Mme Nathalie Goulet. – Avec Carole Grandjean, j'ai commis un rapport sur la fraude sociale et son pendant : le non-recours. L'échange d'informations fait évidemment partie de nos propositions, car il faut mieux informer les publics fragiles. En revanche, je suis tout à fait hostile à la solidarité à la source, car nos bases de données sont tronquées : nous ne ferons que faciliter la fraude. (*M. Laurent Burgoa renchérit.*)

L'amendement n°1244 n'est pas adopté.

ARTICLE 27

M. le président. – Amendement n°816 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Supprimer cet article.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Le Gouvernement invoque l'augmentation des dépenses liées aux indemnités journalières pour justifier le durcissement des contrôles des caisses d'assurance

maladie. En réalité, cette augmentation est presque intégralement due à l'inflation.

Par ailleurs, il ne tient aucun compte de l'intensification du travail. Selon la Dares, la proportion de salariés subissant au moins trois contraintes physiques est passée de 12 % en 1983 à 34 % en 2016. La dégradation des conditions de travail et la perte de sens contribuent aux arrêts de travail : c'est d'abord contre ces phénomènes qu'il faut lutter !

M. le président. – Amendement identique n°920, présenté par Mme Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Mme Marianne Margaté. – Bruno Le Maire s'est alarmé de l'augmentation des indemnités journalières avant d'annoncer un dispositif consistant à cliquer les malades. Le contrôle des arrêts de travail par l'employeur est scandaleux : il doit rester l'apanage de l'assurance maladie, avec une garantie de recours. Vous prétendez lutter contre les salariés enclins à la paresse et les médecins de connivence. Nous refusons l'instrumentalisation de cette procédure au service d'une politique de casse sociale. Stigmatiser les assurés sociaux et les médecins est inacceptable !

M. le président. – Amendement identique n°1245, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Le Gouvernement prétend lutter contre les arrêts de travail considérés comme injustifiés. Le médecin diligenté par l'employeur pourra suspendre le versement des indemnités s'il considère que l'arrêt est abusif. Cette dérive vers une privatisation du contrôle de l'assurance maladie est inacceptable. La décision finale de suspension ne peut être prise que par un tiers indépendant. Il faut s'attaquer aux causes réelles de cette situation : pénibilité, santé mentale, conditions de travail dégradées.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous soutenons l'article 27. Les dépenses d'indemnités journalières ont augmenté de 57 % depuis 2020, pour atteindre 9 milliards d'euros. Il s'agit de répondre à cette tendance de fond, pas d'inverser la charge de la preuve ou de faire peser une quelconque suspicion sur les patients ou les médecins. Cette mesure libérera du temps médical pour les médecins-conseils. L'assuré disposera de dix jours pour saisir le service du contrôle médical. Par ailleurs, l'article étend les contrôles aux sociétés de téléconsultations qui surprescrivent. La commission a déposé deux amendements pour lever tous les doutes.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Avis défavorable. Nous voulons renforcer le contrôle des arrêts non justifiés. Il ne s'agit en aucun cas de revenir sur les droits des salariés. L'objectif est d'être efficace et de simplifier, non de stigmatiser les travailleurs ou les médecins. Nous ne nions pas les

facteurs structurels et continuerons à agir sur les conditions de travail. Avis défavorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – L'augmentation des indemnités journalières, qui est à l'origine de cet article, n'est pas une dérive : elle s'explique. Seulement, vous mélangez tout avec une certaine mauvaise foi. Vous privatisez le contrôle des arrêts maladie en le confiant, de surcroît, à l'employeur. (*Mme Cathy Apourceau-Poly renchérit.*) *Quelle est la prochaine étape ? Confier la délivrance des arrêts de travail au seul médecin de l'employeur ? C'est scandaleux !*

Mme Émilienne Poumirol. – Oui, vous stigmatisez les patients et les médecins. La semaine dernière, trois médecins du Tarn sont passés en jugement pour avoir délivré trop d'arrêts de travail - de manière injuste, car ils exercent dans une zone où les difficultés sociales sont fortes. Le médecin payé par l'employeur ne peut pas être neutre. Faites confiance aux médecins généralistes, et à l'assurance maladie pour mener les contrôles.

Mme Marianne Margaté. – Cette privatisation du contrôle est inacceptable. Sur internet, les offres de services se multiplient de la part d'agences de détectives, qui proposent aux employeurs de surveiller des salariés supposément fraudeurs. Ce n'est pas cher : 1 000 euros hors taxes...

Mme Raymonde Poncet Monge. – C'est l'entreprise qui paie !

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Il y aura toujours des profiteurs...

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Simplification et efficacité : tels sont les objectifs de l'article. Faites confiance aux médecins contrôleurs comme aux médecins généralistes !

Mme Émilienne Poumirol. – Ils sont payés par l'employeur !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. – Ils sont soumis au même code de déontologie. Le taux de médecins concernés par une autorisation préalable est de 0,5 %. Il n'y a aucune stigmatisation des salariés ni des médecins. (*Murmures à gauche*)

Les amendements identiques n^{os} 816 rectifié, 920 et 1245 ne sont pas adoptés.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Bernard Fialaire. – Lors du scrutin n°48, Mme Véronique Guillotin souhaitait voter contre.

M. le président. – Acte vous est donné de cette mise au point. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

La séance est suspendue à 20 heures.

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE VERMEILLET,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 21 h 30.

Discussion des articles de la troisième partie (Suite)

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Il reste 324 amendements à examiner, ce qui nous emmènerait jusqu'à samedi après-midi. J'invite chacun à la concision.

M. Laurent Burgoa. – Très bien.

ARTICLE 27 (Suite)

Mme la présidente – Amendement n°276, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 6

Après le mot :

observations

insérer les mots :

et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2 du présent code,

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cet amendement maintient l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de mise sous accord préalable (MSAP) des prescriptions et l'impose également dans la nouvelle procédure d'accord préalable s'appliquant aux sociétés de téléconsultation et aux centres de santé.

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

Mme la présidente. – Amendement identique n°819 rectifié *bis*, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Quand le taux d'arrêts maladie délivrés par un médecin semble anormal, des critères s'appliquent. Mais les référentiels ne sont pas toujours adaptés, alors que les troubles mentaux sont la première cause d'arrêt - 1,52 million pour syndromes dépressifs, par exemple. La hausse des arrêts est-elle liée aux médecins, ou à l'évolution de la société, au vieillissement des salariés et à la pression sur la productivité ? Le Gouvernement préfère affaiblir le contradictoire.

Un tiers des médecins est contrôlé : sont-ils laxistes, ou en première ligne face à la hausse des maladies et accidents professionnels ? Le Gouvernement rêve-t-il d'un contrôle des médecins, qui commencent à s'autocensurer, au détriment des patients ? Conservons la commission des pénalités et le contradictoire.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Supprimer l'avis allégerait le circuit administratif ; le contradictoire reste possible *via* des observations écrites dans un délai d'un mois. En cas d'audition, le professionnel peut être assisté. À patientèle égale, un médecin qui prescrit trois fois plus d'arrêts maladie peut être contrôlé ; un contrôle n'est pas une condamnation. Avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 276 et 819 rectifié bis sont adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n^o 817 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéas 14 à 19

Supprimer ces alinéas.

Mme Raymonde Poncet Monge. – On soupçonne d'office le salarié et le médecin, sans poser la question de la partialité d'un médecin devenu contrôleur dépêché par l'employeur, qui ne connaît pas la situation médicale complète de l'assuré qu'il contrôle. Comment traitera-t-il les cas de harcèlement ? Le salarié peut-il lui faire confiance ?

La suspension des indemnités avant toute procédure contradictoire est problématique. Le rôle de la caisse d'assurance maladie ne peut être sous-traité à un médecin payé par l'employeur. Il faut de l'impartialité et du contradictoire. Seule une commission de médecins est à même d'avaliser impartialement le diagnostic.

L'amendement n^o 921 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n^o 985 rectifié, présenté par MM. Levi, Bonhomme, Laugier et Henno, Mme O. Richard, MM. Guerriau et Kern, Mme Billon, M. Saury, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Menonville et Tabarot, Mme Guidez, MM. Chatillon, Gremillet, Bleunven et Cuypers, Mmes Romagny et Antoine et M. H. Leroy.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement n^o 1364 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 14

Remplacer le mot :

cinq

par le mot :

six

II. – Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au quatrième alinéa du présent II, un décret en Conseil d'État peut déterminer les pathologies qui, lorsqu'elles justifient la prescription de l'arrêt de travail en cause, requièrent, au regard de leur particulière complexité ou gravité ou de la situation de handicap de la personne, une demande expresse du service du contrôle médical aux fins de suspension des indemnités journalières. » ;

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous proposons une dérogation au vu de la complexité de certaines maladies ou handicaps. Une définition par voie réglementaire offre de la souplesse. Ainsi, cet amendement répond aux nombreuses demandes d'exceptions à l'article 27.

Mme la présidente. – Amendement n^o 818 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Alinéa 16, première phrase

Supprimer les mots :

qui suspend le versement des indemnités journalières

II. – Après l'alinéa 16

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

« Au regard du rapport transmis par le médecin diligenté par l'employeur au service du contrôle médical, ce service :

« 1^o Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2^o Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. »

Mme Raymonde Poncet Monge. – L'article 27 permet de suspendre les indemnités journalières avant toute procédure contradictoire et examen par la caisse. Cet amendement de repli réaffirme que l'assuré doit pouvoir demander un examen impartial de sa situation par son organisme de prise en charge.

Le praticien de l'assuré a souvent un diagnostic plus fin que le praticien contrôleur. Là où l'article 27

porte le soupçon sur l'assuré, le droit actuel garantit le contradictoire et l'impartialité.

Mme la présidente. – Amendement n°1384, présenté par le Gouvernement.

I. – Alinéa 17, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il est tenu d'y procéder si l'arrêt de travail est en lien avec une affection mentionnée au 3° ou au 4° de l'article L. 160-14 ou à l'article L. 324-1 du présent code.

II. – Alinéa 21, deuxième phrase

Supprimer les mots :

des échelons régionaux et locaux

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Défavorable aux amendements précédents. Point de soupçon : le médecin contrôleur est soumis au code de déontologie et au secret médical, le contradictoire demeure. S'agissant des ALD, mon amendement prévoit que la demande de suspension est renvoyée au service médical de l'assurance maladie.

Mme la présidente. – Amendement n°358 rectifié, présenté par M. Pellevat, Mme V. Boyer, MM. Khalifé, Klinger et Panunzi, Mme Noël, MM. H. Leroy, Bouchet, de Nicolaÿ, Frassa, D. Laurent, Brisson, Paumier, Somon, Sautarel et Genet, Mmes Dumont, Aeschlimann, Josende, Malet, Petrus, Canayer, Nédélec et Belhiti et MM. Sido et Rabin.

Après l'alinéa 17

Insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les patients atteints d'un cancer dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions.

M. Khalifé Khalifé. – Il s'agit d'exclure du dispositif les patients souffrant de cancer.

Mme la présidente. – Amendement identique n°409 rectifié *bis*, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mme Berthet, MM. Anglars et Cadec, Mme M. Mercier, MM. Houpert et Allizard, Mme Micouleau, M. Pointereau, Mme Gosselin, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Bonfanti-Dossat et M. Gremillet.

M. Alain Milon. – Défendu.

L'amendement n°639 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°45 rectifié, présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern et Canévet, Mmes Billon et Gatel, M. J.M. Arnaud, Mme de La Provôté, MM. Longeot et Duffourg, Mme Vérien, MM. Houpert, Guerriau, Bleunven et Panunzi, Mmes Lermytte et Romagny, M. Gremillet et Mme Malet.

Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les patients dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

L'amendement n°84 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°693 rectifié, présenté par Mme Gruny, MM. Milon et Paccaud, Mmes Belhiti, Petrus, Micouleau et Jacques, MM. Panunzi, Sol, Genet et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Brisson, Cuypers, Klinger, Cadec et Chatillon, Mmes Dumont et Demas, MM. Lefèvre et Darnaud, Mme Ventalon, M. Sido, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat, Saury et Bouchet, Mme Primas, M. Burgoa, Mme Estrosi Sassone, MM. J.B. Blanc, Sautarel, Gremillet et Reichardt et Mmes Lassarade et Malet.

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le délai dans lequel cet examen pourra être effectué ainsi que les conditions d'information de l'employeur et de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'État.

Mme Pascale Gruny. – Le texte prévoit un nouvel examen par le service de contrôle médical suspendant le non-versement des indemnités. Je propose de fixer le délai et les conditions d'information de l'employeur et de l'employé par décret en Conseil d'État.

Mme la présidente. – Amendement n°821 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les patients dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions. » ;

Mme Raymonde Poncet Monge. – Selon la Drees, douze millions d'assurés souffrent d'une ALD ; 714 000 salariés n'ont pas de médecin traitant, alors que les actifs souffrant d'ALD sont souvent les plus pauvres. Ainsi, dans le Grand Paris, les communes modestes sont les plus touchées. Ouvriers, étrangers ou familles monoparentales sont surreprésentés.

L'article 27 les menace d'une suspension des indemnités journalières alors qu'ils en ont le plus besoin, et qu'ils souffrent particulièrement de l'allongement des délais du parcours de soins. Nous proposons de les exclure de ces dispositions. Les recours que vous mentionnez, monsieur le ministre, n'interviennent qu'*a posteriori*, après la cessation du versement des indemnités.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1255, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous allons dans le même sens que l'amendement du Gouvernement, mais restons opposé à cet article dans son ensemble. Le praticien-conseil est le seul garant de l'impartialité, mais le médecin contrôleur peut subir des pressions de l'employeur. Nous proposons de limiter l'excès de pouvoir du médecin de l'employeur pour les patients atteints d'ALD ou de maladies chroniques, ou en perte d'autonomie.

Mme la présidente. – Amendement n°360 rectifié, présenté par Mmes Borchio Fontimp et Demas, MM. H. Leroy et Tabarot, Mme V. Boyer, M. Genet, Mmes Aeschlimann et Belrhiti, MM. Bouchet, Brisson, Cadec, Chaize et Chatillon, Mmes Di Folco et Drexler, M. Frassa, Mme Josende, MM. Khalifé, Klinger, D. Laurent et Meignen, Mmes Micouleau et Muller-Bronn, MM. Paumier et Rapin, Mme Richer et MM. Sautarel, Sido et Somon.

Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie ne sont pas concernées par le présent II. » ;

M. Khalifé Khalifé. – Nous excluons de l'article 27 les personnes en ALD.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – J'ai rappelé l'intérêt du dispositif, qui évite le versement indu d'indemnités journalières, et qui est bien encadré : contre-visite, recours devant le service du contrôle médical. Avis défavorable sur les amendements n°817rectifié, 985 rectifié et 818 rectifié.

Toutefois, la procédure est trop brusque pour les plus fragiles. Ainsi, les amendements n°45 rectifié, 821 rectifié, 1255 et 360 rectifié, n°358 rectifié et 409 rectifié *bis* excluent les patients souffrant d'ALD, en perte d'autonomie, ou encore de cancer. Toutefois, ils engloberaient tous les arrêts de travail, et ne mentionnent pas quelle procédure sera appliquée. Retrait au profit de l'amendement n°1364 de la commission.

L'amendement n°1384 du Gouvernement ne souffre pas de ces écueils. Avis favorable à titre personnel, la commission n'ayant pu l'examiner. Il est utilement complété par le nôtre : les pathologies seraient évaluées au regard de leurs particularités.

Enfin, l'amendement n°693 prévoit un délai fixé par décret pour un réexamen rapide du patient. Mais circonscrire ainsi l'autosaisine du service risque d'être contreproductif si le délai est expiré. Retrait ou avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – La procédure est encadrée avec une suspension de dix jours pour que l'assuré forme un recours, et de quatre jours pour le médecin-conseil. Mon amendement prend en compte les patients en ALD. Avis favorable à l'amendement n°1364 rectifié, avis défavorable à tous les autres.

Les amendements identiques n°817 rectifié et 985 rectifié ne sont pas adoptés.

L'amendement n°1364 rectifié est adopté.

L'amendement n°818 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°1384 est adopté.

Les amendements identiques n°358 rectifié et 409 rectifié bis sont retirés.

L'amendement n°45 rectifié est retiré, de même que l'amendement n°693.

Les amendements identiques n°821 rectifié et 1255 n'ont plus d'objet, de même que l'amendement n°360 rectifié.

Mme la présidente. – Amendement n°694 rectifié *bis*, présenté par Mme Gruny, MM. Milon et Paccaud, Mmes Belrhiti, Petrus, Micouleau et Jacques, MM. Panunzi, Sol, Genet et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Brisson, Cuypers, Klinger, Cadec et Chatillon, Mmes Dumont et Demas, MM. Lefèvre et Darnaud, Mme Ventalon, M. Sido, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat, Saury et Bouchet, Mme Primas, M. Burgoa, Mme Estrosi Sassone, MM. E. Blanc, J.B. Blanc, Sautarel, Gremillet et Reichardt, Mmes Lassarade, Malet, Gosselin, Josende et Puissat, M. Somon et Mme Borchio Fontimp.

Alinéa 23

Après le mot :

justifiée

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

, il en informe directement l'intéressé et lui indique ses possibilités de recours.

Mme Pascale Gruny. – Cet amendement informe la personne de ses possibilités de recours.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Avis favorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Cela relève des droits entre l'usager et l'administration. Toute décision faisant grief doit mentionner les voies et délais de recours. Avis défavorable car satisfait.

L'amendement n°694 rectifié bis est adopté.

L'article 27, modifié, est adopté.

ARTICLE 27 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°277, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

et après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « du présent code ».

L'amendement de précision n°277, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 27 bis, modifié, est adopté.

ARTICLE 28

Mme la présidente. – Amendement n°922, présenté par Mme Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Supprimer cet article.

Mme Céline Brulin. – La téléconsultation n'est pas la panacée, selon l'Igas. Les Français la considèrent comme un pis-aller. L'article 28 prévoit une consultation physique obligatoire après trois jours d'arrêt si l'état de santé du patient s'aggrave, alors que 11 % de la population n'a pas de médecin traitant, et que le délai pour obtenir un rendez-vous est souvent supérieur à trois jours. Ils risquent donc de ne pas voir leur arrêt de travail prolongé. Les patients recourent à la téléconsultation faute de rendez-vous physique. Supprimons cet article.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Le texte est équilibré et empêche des dérives dépensières. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable également. Parfois, la téléconsultation est aussi une facilité, notamment dans les grandes métropoles. Un arrêt de plus de trois jours peut être prescrit par le médecin traitant, ainsi que par un médecin consulté par une personne qui ne trouve pas de médecin traitant. Le texte est équilibré et offre un signal de régulation de la téléconsultation.

L'amendement n°922 n'est pas adopté.

L'amendement n°843 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°822 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 2, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Les plateformes de téléconsultation qui réalisent plus de 30 % de leur activité en télé médecine ne peuvent prescrire ou renouveler un arrêt de travail portant sur

plus de trois jours ni porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Après avoir largement encouragé la télé médecine, le Gouvernement entend pénaliser les patients qui y recourent pour des raisons d'économies. La régulation ne doit pas se faire au détriment du patient.

En effet, des plateformes profitent de certaines dérives. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), elles s'interposent entre le patient et le médecin, délivrent facilement des arrêts et surmédicalisent volontiers. Plutôt que de s'attaquer à ce modèle financier, le PLFSS pénalise les patients. Invertissons la charge.

À cet effet, cet amendement limite l'interdiction de prolongement des arrêts au-delà de trois jours aux seules plateformes réalisant plus de 30 % de leur activité en télé médecine - un médecin ne dépasse généralement pas 10 %. Luttons contre la financiarisation de la santé.

Mme la présidente. – Amendement n°278, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

traitant

insérer les mots :

ou la sage-femme référente mentionnée à l'article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Cet amendement ouvre aux sages-femmes référentes la prescription d'un arrêt de travail sans limite de durée.

Mme la présidente. – Amendement n°279, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer la seconde occurrence du mot :

médecin

par les mots :

professionnel médical compétent

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Amendement rédactionnel : chirurgiens-dentistes et sages-femmes ont une compétence de prescription d'arrêt travail.

Mme la présidente. – Amendement n°46 rectifié *bis*, présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, MM. Henno et Vanlerenberghe, Mme Jacquemet, MM. Kern, Canévet, J.M. Arnaud et Longeot, Mmes Billon et Gatel, M. Duffourg, Mme Romagny, MM. Houpert, Panunzi et Gueriau, Mme Lermytte, MM. Gremillet et Bleunven et Mme Malet.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

ou pour les affections et catégories d'assurés sociaux dont la liste est fixée par décret

Mme Jocelyne Guidez. – Un Français sur dix n'a pas de médecin traitant. Début 2023, le ministère de la santé évaluait que 700 000 patients en ALD étaient dans ce cas. La téléconsultation est parfois leur seul recours. Leur enlever serait une grave perte de chance et irait à contre-courant d'une politique ambitieuse d'accès aux soins. Le décret doit donc exclure les personnes atteintes d'ALD ou en risque de perte d'autonomie du dispositif.

L'amendement n°85 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°359 rectifié *quater*, présenté par M. Pellevat, Mme V. Boyer, M. Khalifé, Mme Noël, MM. H. Leroy, Bouchet, de Nicolaÿ, Frassa, Bruyen, D. Laurent, Brisson, Paumier, Somon, Sautarel, Genet et Anglars, Mmes Dumont et Josende, M. Bonhomme, Mmes Petrus, Canayer, Nédélec et Belhiti et MM. Sido et Rapin.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°361 rectifié *ter*, présenté par Mmes Borchio Fontimp et Demas, MM. Tabarot, Chaize et Chatillon, Mmes Di Folco et Drexler, MM. Klinger et Meignen, Mmes Micouleau et Muller-Bronn, M. Pointereau et Mme Richer.

Mme Marie-Pierre Richer. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°410 rectifié *quater*, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mmes Berthet et M. Mercier, M. Allizard, Mme Gosselin, MM. Lefèvre et Mandelli et Mme Bonfanti-Dossat.

M. Alain Milon. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°823 rectifié *bis*, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Selon la Drees, 65 % des médecins refusent de nouveaux patients. Les personnes souffrant de certaines affections doivent être exclues du dispositif. Par exemple, selon le baromètre Handifaction, les personnes atteintes de handicap sont moins touchées par les campagnes de prévention.

S'il faut réglementer la téléconsultation, ne sanctionnons pas les personnes habitant dans un désert médical qui n'ont pas d'autre solution.

Mme la présidente. – Amendement identique n°984 rectifié *ter*, présenté par MM. Levi et Laugier,

Mme O. Richard, MM. P. Martin et Menonville, Mme Morin-Desailly, MM. Cuypers et Maurey, Mmes Saint-Pé et Antoine et M. Verzelen.

M. Pierre-Antoine Levi. – Défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1165 rectifié *ter*, présenté par Mme Aeschlimann et M. Paccaud.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – L'article 28 est inadapté à la réalité de nos concitoyens ultramarins, pour lesquels la télémédecine est souvent le dernier rempart contre le non-recours aux soins. Pour éviter une liste à la Prévert, l'amendement renvoie à un décret, dont nous suivrons la bonne application aux outre-mer.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1259 rectifié, présenté par Mme Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Notre groupe est attentif aux dérives de la télémédecine, notamment la marchandisation et l'explosion des télécabines.

Toutefois, l'article 28 soulève la question de l'accès aux soins, pour lequel la téléconsultation est parfois la seule solution hors des urgences. Mais comment prouver qu'on n'a pas eu d'autre choix ? On fragilise ceux qui sont déjà les plus éloignés du système de santé.

Mme la présidente. – Amendement n°824 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le présent alinéa n'est pas applicable aux patients atteints d'un handicap.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Amendement de repli, ciblant le handicap.

Mme la présidente. – Amendement n°825 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le présent alinéa n'est pas applicable aux patients résidant au sein de zones mentionnées à l'article L. 1434-4 et caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Mme Raymonde Poncet Monge. – Les habitants d'un désert médical renoncent à se faire soigner deux

fois plus qu'ailleurs. Dans ces zones, les médecins généralistes restants ne peuvent souvent plus recevoir de nouveaux patients. Résorbons les déserts médicaux avant de restreindre les droits des patients.

Mme la présidente. – Amendement n°77 rectifié, présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern, Canévet, J.M. Arnaud et Longeot, Mmes Billon, Gatel, Romagny et de La Provôté, MM. Duffourg, Houpert, Panunzi, Bleunven et Guerriau, Mmes Lermytte et Saint-Pé et MM. Folliot et Gremillet.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Si l'état de santé le justifie, le médecin qui prescrit un arrêt de travail au cours d'une téléconsultation, oriente le patient vers une structure de soins non programmés ou à défaut un service de régulation téléphonique afin qu'il puisse rapidement avoir accès à une consultation physique et à une éventuelle prolongation de l'arrêt. Dans le cas où le patient a déclaré un médecin traitant, le médecin vu en téléconsultation peut également prendre contact avec celui-ci, sous réserve de l'accord du patient, pour l'alerter de la nécessité d'une consultation rapide pour permettre la prolongation de l'arrêt.

Mme Jocelyne Guidez. – Un patient sur deux n'obtient pas de rendez-vous chez un généraliste, souvent car il refuse les nouveaux patients. Sécurisons la prise de rendez-vous sous trois jours, notamment pour permettre la prolongation d'un arrêt de travail.

L'amendement n°844 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1281, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Il s'agit pour les médecins d'orienter les patients en téléconsultation vers une consultation en présentiel sous trois jours en vue de prolonger un arrêt de travail. Il faut mieux encadrer la télémédecine et les pratiques parfois abusives des plateformes commerciales. Il convient donc de protéger l'accès aux soins et de limiter le reste à charge des patients. Hélas, notre amendement a été déclaré irrecevable.

Les cabines de télémédecine ne répondent pas aux impératifs d'hygiène et de confidentialité : la médecine devient un bien de consommation courante. Halte à cette marchandisation.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – La limitation à trois jours des arrêts de travail prémunit la sécurité sociale contre certaines dérives. En prévoyant des exceptions à cette règle, la solution retenue est équilibrée.

Avis défavorable à l'amendement n°822 rectifié.

Avis défavorable aux amendements identiques n°46 rectifié *bis*, 359 rectifié *quater*, 361 rectifié *ter*,

410 rectifié *quater*, 823 rectifié *bis*, 984 rectifié *ter*, 1165 rectifié *ter* et 1259 rectifié. Il serait inéquitable d'appliquer la limitation à trois jours des arrêts de travail prescrits à certaines catégories d'assurés, par exemple ceux souffrant d'un cancer. Toutefois, il revient au décret de fixer la liste des situations et des catégories d'assurés qui ne seront pas concernées par la limitation à trois jours. Cela évitera les listes à la Prévert et assurera qu'aucune catégorie d'assurés n'est oubliée.

Avis défavorable aux amendements n°824 rectifié et 825 rectifié relatifs au handicap et aux zones sous-denses, même si nous sommes d'accord sur le fond. Cela relève du pouvoir réglementaire.

Quant aux amendements identiques n°77 rectifié et 1281, ils relèvent plus de la déontologie des médecins que de la loi. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Sans malice, je crains de ne pas comprendre la rédaction de l'amendement n°822 rectifié... Par construction, les plateformes réalisent plus de 30 % de leur activité en télémédecine. Comme vous, nous ne voulons pas de plateformes qui distribuent des arrêts de travail à volonté. Avis défavorable.

Avis favorable aux amendements n°278 et 279 de la commission.

Les amendements n°46 rectifié *bis* et identiques sont satisfaits : le patient qui n'a pu trouver de consultation en présentiel pourra se voir prescrire une téléconsultation. Nous faisons confiance au caractère déclaratif. Paradoxalement, une liste qui se voudrait exhaustive risque d'oublier certaines situations. Notre rédaction est plus protectrice.

Madame Poumirol, je ne méconnais pas la nécessité, parfois, de renvoyer vers le parcours de soins. La déontologie du médecin doit interdire la téléconsultation quand un examen clinique en face-à-face s'impose. Avis défavorable aux amendements n°824 rectifié et 825 rectifié, ainsi qu'aux amendements n°77 rectifié et 1281.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. – Le texte mentionne une impossibilité « dûment justifiée », selon les formes prescrites. Quelles sont-elles ?

Mme Émilienne Poumirol. – Bonne question ! Comment faire la preuve ?

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Tout élément de preuve est admis : capture d'écran montrant l'absence de rendez-vous disponible, attestation sur l'honneur, par exemple. Nous faisons confiance à l'assuré *a priori*. Pendant le covid, nous avons su gérer ainsi des millions de cas.

Sans prétendre tarir la téléconsultation, nous instaurons une étape de plus : au-delà de trois jours d'arrêt de travail, ce qui n'est pas rien, l'assuré devra démontrer qu'il n'a pu voir un médecin en présentiel. Un texte de l'assurance maladie le précisera.

L'amendement n°822 rectifié n'est pas adopté.

*L'amendement n°278 est adopté,
de même que l'amendement n°279.*

M. Alain Milon. – Je voterai les amendements identiques, vu l'avis favorable de la commission. L'objet est le même. Je salue le talent de leur auteur, qui a réussi à convaincre sur tous les bancs ! (*Sourires*)

M. Bernard Jomier. – La Ligue contre le cancer !

Les amendements identiques n°46 rectifié bis, 359 rectifié quater, 361 rectifié ter, 410 rectifié quater, 823 rectifié bis, 984 rectifié ter, 1165 rectifié ter et 1259 rectifié sont adoptés.

Les amendements n°824 rectifié, 825 rectifié et 77 rectifié sont retirés.

L'amendement n°1281 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1347 rectifié, présenté par M. Chaize, Mme Berthet, MM. Pointereau, Daubresse et Mandelli, Mme Jacques, MM. Bouchet et Pellevat, Mmes Demas et Malet, MM. Bruyen, Panunzi, Lefèvre et Tabarot, Mme Dumont, MM. Somon et Cadec, Mmes Estrosi Sassone et Lopez, MM. Gremillet, Sido et Brisson, Mme Lassarade, MM. Genet et H. Leroy et Mmes Gosselin et Joseph.

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

Mme Micheline Jacques. – Cet amendement vise à maintenir le remboursement de la prescription réalisée lors de télésoins si elle a suivi un échange entre le médecin et le patient.

Certains actes définis par le code de la santé publique, notamment de suivi, ne nécessitent pas de consultation physique.

Il convient donc, pour éviter toute confusion, de continuer à permettre au médecin et au patient de communiquer selon les modalités qui leur semblent les plus adaptées. En outre, tant qu'une connexion haut débit n'est pas assurée partout, il ne faut pas encore réduire l'accès à une médecine de qualité.

Mme la présidente. – Amendement n°280, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Remplacer les mots :

et 22

par les mots :

, 22 et 38

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Coordination.

Mme la présidente. – Amendement n°281, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Remplacer le mot :

couverts

par les mots :

pris en charge

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Rédactionnel.

Avis défavorable à l'amendement n°1347 rectifié : une simple messagerie électronique est insuffisamment sécurisée.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°1347 rectifié. L'article s'inspire de ce qui existe déjà.

Avis favorable aux amendements n°280 et 281.

L'amendement n°1347 rectifié est retiré.

*L'amendement n°280 est adopté,
ainsi que l'amendement n°281.*

Mme la présidente. – Amendement n°282, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2024.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Un amendement pour aider le Gouvernement... (*M. le ministre sourit.*) Nul doute que tout sera opérationnel dès la promulgation de la loi, nous proposons néanmoins de reporter l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} avril 2024.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Un tel report risquerait de créer du doute chez les assurés. Avis défavorable. (*Sourires*)

L'amendement n°282 est adopté.

L'article n°28, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 28

Mme la présidente. – Amendement n°587 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy.

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première occurrence du mot : « décembre », la fin du IV de l'article 53 de la loi n° 2022-1616 du 23

décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi rédigé : « 2024. »

Mme Laure Darcos. – Cet amendement proroge la date d'entrée en vigueur de l'agrément applicable aux sociétés de téléconsultation en l'absence des textes réglementaires.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Ces sociétés ont déjà eu un an pour s'adapter, même si les textes réglementaires ont tardé. L'agrément a été soutenu par la commission l'année dernière. Un cadre moins permissif est une nécessité. En cohérence, avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Avis défavorable. Oui, certains textes réglementaires ont tardé, mais les services de l'assurance maladie accompagnent ces sociétés dans la mise en place du nouveau cadre légal. Gardons ce rythme !

L'amendement n°587 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°384 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'elles définissent un volume d'activité globale pouvant être réalisé par ce biais, elles prévoient une majoration de ce volume dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

M. Bernard Fialaire. – Pas moins de 87 % de notre territoire est un désert médical, autant les agglomérations que les campagnes. Le déploiement de la télémédecine, qui permet l'accès à un médecin partout sur le territoire, se heurte à l'avenant 9 qui limite ces actes à 20 % du volume d'activité global des médecins. Faisons sauter ce verrou.

Mme la présidente. – Amendement n°385 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, MM. Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les conditions de participation aux activités de télémédecine dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés

dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

M. Bernard Fialaire. – Défendu.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Je comprends l'intention. Il est vrai que la télémédecine peut constituer une partie de la solution pour améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses. Alors que s'ouvrent les négociations pour la prochaine convention médicale...

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Depuis hier.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – ... laissons les acteurs conventionnels décider ou non de plafonner le recours à la télémédecine dans les zones sous-denses. Avis défavorable à ces deux amendements.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Avis défavorable pour les mêmes raisons.

Mme Émilienne Poumirol. – Monsieur le ministre, je veux redire notre inquiétude face à l'explosion des plateformes de téléconsultation. Nous avons déposé un amendement pour limiter le reste à charge et les frais complémentaires que demandent les plateformes. On sort du domaine de la médecine pour entrer dans le système marchand, avec des systèmes d'abonnement... Rien à voir avec un médecin installé et qui consacre un après-midi à des téléconsultations !

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – C'est un sujet majeur. Une partie des médecins - et une partie de la population - trouve son compte dans ce type de pratique, et nous avons du mal à les attraper, si je puis dire.

Je ne crois pas qu'il y ait une explosion des offres illimitées sur les plateformes - mais je demanderai à l'assurance maladie que son rapport se penche sur le sujet, et dresse une cartographie de ces pratiques. Mon intuition est que la téléconsultation en soins non programmés séduit plus les CSP+ urbains que les habitants des zones sous-denses. (*Mme Émilienne Poumirol acquiesce.*) Je propose que le rapport Charges et produits de l'année prochaine intègre cette question.

Mme Émilienne Poumirol. – Merci.

L'amendement n°384 rectifié bis n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°385 rectifié bis.

Mme la présidente. – Amendement n°1079 rectifié, présenté par Mmes Vermeillet et N. Goulet, MM. Laugier et Kern, Mme O. Richard, MM. Mizzon et Henno, Mmes Gatel, Saint-Pé, Sollogoub, Perrot et Gacquerre, MM. P. Martin et J.M. Arnaud, Mmes Jacquemet et de La Provôté, MM. Duffourg et Bleunven et Mme Romagny.

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de deux ans et à titre expérimental, le financement de protocoles de télémédecine impliquant les orthophonistes exerçant dans le cadre de l'exercice coordonné des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique par le fonds régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par décret, au plus tard au 1^{er} octobre 2024. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au I du présent article, dans la limite de trois régions.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Mme Nadia Sollogoub. – Cet amendement vise à expérimenter la sollicitation à distance d'orthophonistes par d'autres professionnels de santé *via* la téléexpertise. Celle-ci répond aux difficultés d'accès aux soins et limite les dépenses. Cet amendement a été travaillé avec la Fédération nationale des orthophonistes.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission.* – Je salue le retour de Corinne Imbert.

Avis défavorable. Ce type de protocole peut déjà être financé par le fonds d'intervention régional (FIR).

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Avis défavorable car satisfait. Une expérimentation dans le cadre de l'article 51 est déjà lancée. Mes services se rapprocheront toutefois de la Fédération nationale des orthophonistes.

Je salue moi aussi le retour de Mme Imbert : certaines occasions familiales sont plus heureuses que d'autres.

Mme Nadia Sollogoub. – Il me semble curieux que la Fédération fasse cette demande si elle est satisfaite. Cela dit, je retire l'amendement compte tenu de votre engagement.

L'amendement n°1079 rectifié est retiré.

ARTICLE 29

Mme la présidente. – Amendement n°769 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce rapport intègre également une réflexion sur les moyens supplémentaires pouvant être déployés afin de

réduire significativement l'empreinte carbone des établissements de santé tels que l'instauration de critères environnementaux dans tout projet d'achat ou d'investissement, la réduction des déchets et la relocalisation de la production ou le recours aux énergies renouvelables et à l'économie circulaire.

Mme Anne Souyris – L'expérimentation du retraitement de certains dispositifs médicaux prévue à l'article 29 est bienvenue - le sujet de l'usage unique est d'importance planétaire.

La transition écologique du système de santé - qui émet 49 millions de tonnes de CO₂, soit 8 % des émissions carbone de la France - ne se résume pas à la seule gestion des déchets.

Quelle place pour la santé dans les COP ? Les maires et les soignants sauront faire la transition écologique depuis les territoires, mais il faut leur en donner les moyens.

Mme Corinne Imbert *rapporteuse de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie.* – Cet amendement élargit le champ du rapport. Je partage votre préoccupation, mais de nombreux rapports ont déjà été publiés, ainsi d'une [feuille de route](#) du Gouvernement pour une planification écologique de la santé. Retrait ou avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Cet article manifeste l'engagement du Gouvernement pour la transition écologique du système de santé. Le secteur des déchets est emblématique. Nous avançons sur l'investissement hospitalier. Avis défavorable.

Mme Marion Canalès. – Depuis près de dix ans, de nombreuses associations demandent au Gouvernement d'autoriser le retraitement des dispositifs médicaux. Face aux pénuries et à l'urgence économique, c'est une nécessité, d'autant que les difficultés d'approvisionnement augmentent les délais pour les patients.

Ces trente dernières années, la promotion de l'usage unique, perçu comme plus sûr, a créé une dépendance. Ce modèle touche à sa fin avec l'épuisement progressif des matières premières et un secteur de la santé qui représente 8 % de l'empreinte carbone nationale.

Adoptons les six R : repenser, réduire ou refuser, réutiliser, recycler, rechercher, relier au monde économique. La filière de retraitement existe depuis vingt ans en Allemagne et aux États-Unis. Développons cette activité économique de haut niveau technologique sur nos territoires.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Très bien.

L'amendement n°769 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°283, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 14

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cet avis est formulé sur la base d'un référentiel publié et accessible à tous.

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

... – Les dispositions du II entrent en vigueur douze mois après la publication du référentiel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 165-4-3 du code de la sécurité sociale.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse pour l'assurance maladie*. – Le mécanisme de pénalité financière doit être élaboré avec les industriels. Nous proposons la publication d'un référentiel opposable et une entrée en vigueur douze mois après celle-ci.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. – Clairement, l'article 29 devra être accompagné d'un arrêté pour éclairer les industriels sur les critères et les pénalités. Ce n'est qu'alors que la mesure sera opposable. Avis défavorable.

L'amendement n°283 est adopté.

L'article 29, modifié, est adopté.

ARTICLE 29 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°284, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3, première phrase

Remplacer les mots :

fait l'objet antérieurement

par les mots :

antérieurement fait l'objet

L'amendement rédactionnel n°284, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°285, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3, dernière phrase

Après le mot :

certificat

insérer le mot :

provisoire

L'amendement rédactionnel n°285, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 29 bis, modifié, est adopté.

L'article 29 ter est adopté.

ARTICLE 30

L'amendement n°435 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°456 rectifié *bis*, présenté par MM. Michau, Bourgi, M. Weber, Mérillou, Fichet, Bouad, P. Joly, Redon-Sarraza et Tissot et Mmes Poumirol et Féret.

Supprimer cet article.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous souhaitons favoriser le transport partagé, mais ce n'est pas toujours possible. Certaines pathologies nécessitent d'être transporté seul. Le malus pour les patients refusant un tel partage va trop loin. On réalise des économies de bout de chandelle ! Nous limitons l'offre en limitant les dépenses. Chaque patient a droit à des conditions de transport optimales.

Mme la présidente. – Amendement identique n°503 rectifié, présenté par Mme Lermytte, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Wattedled, Chevalier et Brault, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno, Houpert et Ouizille.

Mme Marie-Claude Lermytte. – Cet article est un non-sens en termes de santé publique. Comment imaginer transporter une personne immunodéprimée ou fragilisée avec un autre patient ?

Après la hausse du ticket modérateur pour les transports sanitaires programmés, c'est une nouvelle mesure punitive. Les témoignages sont éloquentes : durée du trajet allongée, conditions de confort, d'hygiène ou de dignité dégradées.

L'offre de transport est en tension dans plusieurs territoires, car les transporteurs privilégient les trajets les plus rémunérateurs et refusent des prises en charge. Il est faux de laisser croire que les patients choisissent leur transport.

L'amendement identique n°529 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°770 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Mme Anne Souyris. – Les usagers subissent déjà des difficultés pour accéder aux transports sanitaires, notamment en zone rurale où le transport partagé est déjà la norme, faute d'offre. Des patients sortant de chimiothérapie se retrouvent avec des temps de transport rallongés de deux ou trois heures.

Vous allez augmenter encore les temps d'attente, et méconnaître les besoins spécifiques, notamment ceux des personnes en situation de handicap.

Mme la présidente. – Amendement identique n°925, présenté par Mme Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Mme Céline Brulin. – Obliger au transport partagé, sous la menace d'une non-dispense d'avance de frais, pénalisera les usagers, notamment en zone rurale. Le

temps de transport sera allongé alors que certaines pathologies sont incompatibles avec le transport partagé.

Ceux qui ne pourront payer la non-compensation subiront des temps de trajet plus longs.

Les artisans taxi qui font du transport de santé en zone rurale craignent d'être supplantés par des plateformes.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1012 rectifié, présenté par MM. Tabarot, Mandelli et Piednoir, Mme Puissat, MM. Rapin et Levi, Mme Micouleau, M. Belin, Mme Demas, MM. Pellevat, J.B. Blanc et Bouchet, Mmes Dumont, Canayer et V. Boyer, M. Courtial, Mme Joseph, MM. Meignen, Bouloux et Khalifé, Mme F. Gerbaud, MM. Panunzi, Sol et Pointereau, Mme Josende, MM. Sautarel et Laménie, Mme Gosselin, M. P. Martin, Mme Belrhiti, M. Groperrin, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Sido et Chatillon, Mme Lopez, MM. Brisson, Cuypers et Gueret, Mme Herzog, M. Somon, Mmes Di Folco et Romagny et M. Longeot.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

L'amendement n°1123 rectifié n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – La commission avait émis un avis défavorable, jugeant cet article à la fois vertueux pour l'environnement et pour le budget de la sécurité sociale. Le transport sanitaire a coûté 5,5 milliards d'euros en 2022, en hausse de 4,2 % par rapport à 2021.

Le transport partagé ne pourra être proposé si la prescription médicale l'exclut ; le patient pourra le refuser s'il juge que les conditions ne sont pas acceptables. Souvent, les patients dont la situation le permet apprécient de partager un véhicule, car cela permet de passer un moment convivial. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Madame Souyris, le médecin ne prescrira pas un transport partagé à un patient immunodéprimé. Des conventions limitent les détours à 10 km pour deux patients et à 20 km pour trois patients : il n'est pas question d'allonger le trajet de plusieurs heures. Ces dispositions seront précisées dans les avenants conventionnels.

Quant au secret médical, il n'est pas plus menacé par le transport partagé que par le temps passé en salle d'attente...

En 2022, nous avons atteint un niveau record de dépenses de transport sanitaire. Ce secteur bénéficie d'un fort soutien, y compris les entreprises privées : 128 millions d'euros d'aides l'an dernier, en plus de la tarification assurance maladie. Il y a un sujet de soutenabilité.

Enfin, en matière environnementale, les petits ruisseaux font les grandes rivières.

Les amendements identiques n°s 456 rectifié bis, 503 rectifié, 770 rectifié, 925 et 1012 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°772 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) À la seconde phrase du premier alinéa, après les mots : « compte-tenu », sont insérés les mots : « de la situation individuelle du patient, » ;

II. – Alinéa 5

Après les mots :

son état de santé

insérer les mots :

ou que sa situation individuelle

Mme Anne Souyris. – Il s'agit d'un amendement de bon sens. Actuellement, seuls les trajets vers le centre le plus proche du domicile sont pris en charge. C'est trop limitant : le patient peut avoir besoin d'accéder à un centre proche de son lieu de travail, ouvert plus tard, ou plus adapté à son handicap.

L'amendement n°853 rectifié n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Cet amendement ajoute un critère tenant à la situation individuelle du patient. Cela semble techniquement difficile, voire impossible. En outre, l'amendement est déjà satisfait pour les cas rendant impossible le transport partagé. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable. Il existe d'ores et déjà onze motifs de prise en charge : on ne se limite pas au critère kilométrique. Les situations liées à l'obésité et au handicap sont en outre en cours de traitement.

L'amendement n°772 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°78 rectifié, présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern et Canévet, Mme Billon, M. J.M. Arnaud, Mmes Gatel et de La Provôté, MM. Longeot, Bleunven, Duffourg, Houpert, Panunzi et Guerriau et Mmes Lermytte et Vérien.

I. – Alinéa 5

Après les mots :

prise en charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d'hygiène,

II. – Après l’alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s’applique pas pour les personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid-19, identifiées par la Haute Autorité de santé. » ;

III. – Alinéa 8

Remplacer les mots :

au deuxième alinéa

par les mots :

aux deuxième et troisième alinéas

Mme Jocelyne Guidez. – Monsieur le ministre, je déplore que des personnes gravement malades puissent se retrouver dans des transports partagés - mais vous m’avez presque convaincue.

Puisque nous parlons d’environnement, peut-être pourrions-nous aider les transporteurs à se doter de véhicules électriques ?

Je retire mon amendement.

L’amendement n°78 rectifié est retiré.

L’amendement n°846 rectifié n’est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1167 rectifié *bis*, présenté par Mme Aeschlimann, M. Sautarel, Mme Micouveau, MM. Khalifé et Paccaud, Mmes Belrhiti, Petrus, Gosselin et Jacques et MM. Tabarot, Cadec, Genet et H. Leroy.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Il s’agit de prendre en compte la situation de personnes susceptibles de développer des formes graves de covid ou en situation de handicap.

Mme la présidente. – Amendement n°771 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Alinéa 5

Après le mot :

prise en charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d’hygiène,

II. – Après l’alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s’applique pas pour les personnes à risque de développer des formes graves de covid-19, identifiées par la Haute Autorité de santé. » ;

III. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

À la deuxième phrase

par les mots :

Aux deuxième et troisième phrases

Mme Anne Souyris. – Nous voulons mettre des garde-fous, en permettant à toutes les personnes à risque de développer des formes graves de covid – atteintes de maladies chroniques ou d’un handicap - de bénéficier d’un taxi ou d’un véhicule sanitaire léger sans avance de frais.

Mme la présidente. – Amendement n°826 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

I. – Alinéa 5

Après la première occurrence du mot :

charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d’hygiène pour les taxis conventionnés,

II. – Après l’alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s’applique pas aux personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid-19, identifiées par avis par la Haute Autorité de santé. » ;

II. – Alinéa 9

Remplacer les mots :

au deuxième alinéa

par les mots :

aux deuxième et troisième alinéas

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement vise à donner des garanties pour les personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid - même si M. le ministre nous dit que c’est évident.

Je souhaite aussi que les exigences de durée de trajet, de confort et d’hygiène propres aux véhicules sanitaires légers soient appliquées aux taxis conventionnés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie. – La mise en œuvre d’une proposition de transport partagé devra répondre à des conditions de durée, de confort et d’hygiène - nul besoin de l’inscrire dans la loi, c’est déjà prévu dans l’article.

De plus, le médecin prescripteur appréciera la compatibilité du transport partagé avec l’état de santé de son patient. Il n’est donc pas nécessaire de prévoir d’exceptions dans la loi. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis, pour les mêmes raisons.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je suis d'accord que les médecins, pour une sortie d'hospitalisation, font un bon de transport : je ne fais pas de faux procès. Toutefois, l'application des conditions des véhicules sanitaires légers aux taxis conventionnés n'est pas prévue dans la loi !

L'amendement n°1167 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°771 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°826 rectifié.

Mme la présidente. – Amendement n°1263, présenté par Mme Monier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Cette disposition n'est pas applicable aux courses gérées par des plateformes en délégation ou au titre de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale. Le transport partagé s'organise entre le patient et son entreprise de transport sanitaire ou de taxi conventionné sans qu'un intermédiaire puisse s'y substituer.

Mme Corinne Narassiguin. – Le transport partagé doit être assuré par des transporteurs sanitaires ou des taxis conventionnés, sans intermédiation *via* des plateformes. Évitions l'intervention d'acteurs extérieurs qui biaisent la concurrence.

Mme Corinne Imbert rapporteure pour l'assurance maladie – Avis défavorable. Les seules exceptions utiles sont relatives à la situation du patient.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable. Le code de la sécurité sociale offre déjà des garanties : le patient peut refuser le mode de prise en charge. Ne restreignons pas trop le champ des possibles.

L'amendement n°1263 n'est pas adopté.

L'amendement n°553 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°1284, présenté par M. Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce coefficient de minoration n'est pas appliqué quand le trajet en transport partagé a pour conséquence un allongement du trajet en transport individuel initial supérieur à 30 minutes.

M. Bernard Jomier. – Mme la rapporteure a dit qu'il appartenait au médecin de prescrire un transport partagé. Or à ma connaissance, le formulaire de prescription médicale de transport ne comporte pas de case « transport partagé ». (*Mme Émilienne Poumirol le confirme.*)

L'assurance maladie paye selon un barème kilométrique. Mais le premier critère pour le patient, c'est le temps, et non la distance. Tout comme il y a une borne kilométrique, nous proposons d'instaurer une borne de temps, de trente minutes.

Mme la présidente. – Amendement n°827 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 5

Après la dernière occurrence du mot :

que

insérer les mots :

le transport partagé n'a pas pour conséquence de rallonger le trajet du patient d'une durée supérieure à 45 minutes au trajet initialement prévu s'il avait été pris en charge seul, mais aussi que

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous faisons le même constat : 10 km en ville dense peuvent prendre beaucoup de temps. Nous parlons souvent d'un temps d'accès aux soins de 30 minutes.

Afin de prendre en compte le délai supplémentaire lié au transport partagé, je propose une borne de 45 minutes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Avis défavorable. Préciser la durée exacte ne me semble pas relever de la loi, même si, en effet, il eût mieux valu raisonner en temps qu'en distance.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°1284 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°827 rectifié.

Mme la présidente. – Amendement n°286, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 6

Après le mot :

après

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

le mot : « responsabilité », la fin de la phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « À l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. » ;

L'amendement rédactionnel n°286, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 30, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 30

L'amendement n°871 n'est pas défendu.

ARTICLE 31

Mme Marianne Margaté. – L'article 31 fait évoluer le modèle de financement de l'Établissement français du sang (EFS). Les militants de l'EFS nous alertent depuis plusieurs années. L'établissement a engagé un plan d'économies de 22 millions d'euros, avec la suppression de 150 ETP, soit 10 % des effectifs, et le gel de ses projets innovants. Cela affecte les capacités de l'établissement et les conditions de travail de ses employés. Or les collectes mobiles de plasma ont disparu, comme les maisons du don. Changer le financement n'améliorera pas la situation si les moyens humains ne sont pas renforcés.

Mme la présidente. – Amendement n°287, présenté par Mme Doineau, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

1° Remplacer le mot :

le

par les mots :

Quand il est fixé par arrêté, le

2° Après le mot :

cedés

insérer les mots :

par l'Établissement français du sang

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Je rectifie cet amendement rédactionnel en en supprimant le 1°.

Mme la présidente. – L'amendement n°287 devient l'amendement n°287 rectifié.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Nous alertons depuis des années sur les difficultés de l'Établissement français du sang (EFS) ; l'action de ses professionnels et de ses bénévoles est essentielle.

Le modèle économique de l'EFS ne fonctionne plus. Le forfait que vous proposez, par le biais de l'assurance maladie, est bienvenu. Il faudra également réfléchir à la question de la recherche : l'EFS doit rester au plus haut niveau.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis favorable.

Nous aurons à reparler de l'EFS. Le progrès technique limite les transfusions, d'où une baisse de la vente de poches de sang aux établissements de santé, ce qui a un impact sur le modèle économique de l'établissement.

Le marché international du plasma est très dynamique, mais les conditions de prélèvement,

notamment au sud de la frontière avec les États-Unis, font froid dans le dos.

Je veux réaffirmer les deux piliers que sont l'EFS et le laboratoire français de fractionnement. Qui doit être l'acteur de la collecte du plasma ? Cette collecte doit-elle répondre aux mêmes critères que celle du sang ? Les effets pour le donneur, sur une journée, de la collecte de plasma sont sans commune mesure avec ceux de la collecte de sang.

La dotation de 100 millions d'euros de l'assurance maladie ne règle probablement pas définitivement la question.

M. Alain Milon. – Au mois de juin, la Cour des comptes nous a alertés sur le fait que l'assurance maladie finançait des agences sans avoir de pouvoir décisionnel. Sera-ce le cas avec cette dotation de 100 millions d'euros à l'EFS ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Il n'y aura pas de participation directe de l'assurance maladie à la gouvernance de l'EFS. Dans l'attente de la nomination d'un nouveau président, le tiers de confiance est la direction générale de la santé. Sur le fond, vous avez raison : si la Cnam est payeuse, elle a son mot à dire. Elle a d'ailleurs un représentant au conseil d'administration.

L'amendement n°287 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°288, présenté par Mme Doineau, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

dans des conditions fixées par décret

II. – Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les autres modalités d'application du présent 3° sont également fixées par décret ;

L'amendement rédactionnel n°288, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1175, présenté par Mme Monier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application du présent article.

Ce rapport analyse plus largement l'opportunité de sortir l'établissement français du sang d'un financement via le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « Autres prises en charge » et de présenter les prévisions de recettes et de dépenses dudit établissement dans un article dédié du projet de loi de financement de sécurité sociale de l'année.

Mme Annie Le Houerou. – Monsieur le ministre, nous soutenons votre proposition de réflexion globale sur l'EFS. Prévoir son financement au sein du sous-objectif de l'Ondam « autres prises en charge » est trop restrictif. Un autre mode de financement doit être trouvé.

Le fait d'être un établissement public autonome l'a empêché de bénéficier du Ségur de la santé, d'où des difficultés de recrutement. En tout, il lui manquerait 90 millions d'euros pour fonctionner, avec des conséquences graves sur les patients, la collecte de plasma, la recherche sur les thérapies innovantes, etc.

Je salue l'engagement des bénévoles de l'EFS. Nous sommes attachés à un don du sang éthique.

Mme Elisabeth Doineau, rapporteure générale. – Avis défavorable à cette demande de rapport.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le champ de ce rapport est trop restreint : la réflexion doit englober le laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, voire l'Agence des participations de l'État.

L'amendement n°1175 est retiré.

L'article 31, modifié, est adopté.

ARTICLE 32

Mme la présidente. – Amendement n°289, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 5126-6. », est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'exécution de ces préparations peut également être confiée, sous la responsabilité des pharmacies à usage intérieur et des établissements pharmaceutiques habilités, à des pharmacies d'officine autorisées à exercer une activité de sous-traitance dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1. » ;

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Il s'agit de confier la production des préparations hospitalières spéciales à la cinquantaine de pharmacies d'officine dûment autorisées par la HAS.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Ces préparations doivent rester du ressort des pharmacies à usage intérieur, qui font l'objet d'un contrôle plus contraignant par les ARS. Avis défavorable.

L'amendement n°289 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°290, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 10

Après le mot :

fournie

insérer les mots :

par un établissement mentionné à l'article L. 5138-1 ou

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Pour leurs préparations officinales spéciales, les pharmacies d'officine doivent pouvoir se fournir en matière première à usage pharmaceutique auprès d'établissements autorisés par l'ANSM.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le système actuel repose sur un point d'entrée unique avec l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) de l'AP-HP. C'est la garantie d'une qualité et d'un prix maîtrisés. Utilisons mieux cet outil, qui a de meilleures capacités de négociation avec les industriels. Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – Mais l'Ageps, monsieur le ministre, a perdu des postes, et sa capacité de production a été réduite, comme l'a montré le [rapport](#) de Laurence Cohen et Sonia de La Provôté. Lui redonnerez-vous les moyens de produire ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – L'Ageps a toute sa place, monsieur le ministre, mais, vu le niveau des pénuries, il faut ouvrir plus de sources d'approvisionnement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – L'Ageps a en effet perdu des capacités de production. L'épisode du covid puis les pénuries - je renvoie au rapport de Laurence Cohen et Sonia de La Provôté - nous ont conduits à confier un rôle pivot à l'Ageps, et l'AP-HP l'a de nouveau dotée en personnels.

Mme Émilienne Poumirol. – Ah !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – J'attends de constater sa montée en puissance avant, éventuellement, d'ouvrir la production à d'autres.

Mme Émilienne Poumirol. – Merci.

L'amendement n°290 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°291, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, pris après consultation des représentants des pharmaciens concernés

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Il faut mieux associer les organisations représentatives des pharmaciens à la définition des prix des préparations officinales spéciales, et, en cas de dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le prix de chaque préparation spéciale, fixé par arrêté des

ministres, tiendra compte des frais de réalisation, sur la base de critères objectifs partagés avec la profession. Il est inutile de le préciser dans la loi. Avis défavorable.

L'amendement n°291 est adopté.

L'article 32, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 32

Mme Silvana Silvani. – Cet amendement s'inscrit dans la continuité de la commission d'enquête sur les pénuries de médicament, dont Laurence Cohen était rapporteure.

La commission d'enquête a constaté que les plans de gestion de pénurie, qui doivent contraindre les industriels à évaluer les risques d'approvisionnement, étaient insuffisants. Il faut donc les compléter par des informations précises en provenance des laboratoires et, urgemment, renforcer les contrôles en donnant plus de moyens à l'ANSM.

Les sanctions doivent être dissuasives : nous proposons donc de les renforcer.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Avis défavorable. Les sanctions, qui peuvent atteindre 30 % du chiffre d'affaires des produits concernés, sont déjà élevées : elles peuvent même dépasser ce que prévoit cet amendement.

Le problème de ces sanctions est moins leur montant que leur rareté.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis.

L'amendement n°978 n'est pas adopté.

ARTICLE 33

L'amendement n°1341 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°506 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos, MM. Guerriau, Verzelen, Henno et Houpert et Mme Guidez.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, le mot : « excéder » est remplacé par les mots : « être inférieur à » ;

Mme Marie-Claude Lermytte. – Depuis quelques années, les ruptures de stock progressent et deviennent chroniques. Tous les médicaments et vaccins sont concernés, même les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), pour lesquels la durée moyenne des ruptures est de 14 semaines.

Un décret de 2021 impose deux mois de stocks pour les MITM. Mais c'est insuffisant : nous proposons quatre mois.

Mme la présidente. – Amendement n°1229 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après la première phrase du deuxième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants. » ;

Mme Émilienne Poumirol. – Nous proposons également quatre mois. Les pénuries s'aggravent d'année en année. Je renvoie moi aussi au rapport de La Provôté-Cohen : 37 % des Français y ont été confrontés en 2023.

Rappelons que la LFSS 2020 imposait un stock de sécurité de quatre mois au plus. Or le décret de 2021 ne prévoit qu'au moins deux mois. Revenons donc aux quatre mois.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – La pénurie, en tout cas, ne touche pas les amendements... (*Sourires*) Notez bien que je ne vous en fais pas le reproche : c'est notre droit et notre pouvoir !

Le stock est fixé à deux mois - quatre mois en cas de risque élevé de rupture. Paradoxalement, les stocks réduisent parfois la circulation des médicaments. L'enjeu est de savoir où sont les stocks. Certaines entreprises bloquent des distributions afin de ne pas être pénalisées. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Pour un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, en cas de risque de rupture, le stock peut déjà être porté à quatre mois.

Ensuite, la Commission européenne est attentive aux stocks nationaux, car le marché est européen : si la France impose des stocks trop importants, cela pèse sur la disponibilité des autres pays.

Enfin, face à des volontés parfois fermes, les industriels peuvent se retirer du marché français.

Mme Émilienne Poumirol. – C'est du chantage !

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Aucun doute là-dessus. Deux génériqueurs ont refusé le rehaussement de prix que j'ai proposé, car je n'avais pas accédé à certaines de leurs demandes. Il serait plus simple qu'il y ait les méchants et les gentils, mais la situation est plus complexe. Nous renforçons les outils de police sanitaire de l'ANSM.

Cette année, nous vivons non pas une pénurie, mais une dérégulation totale du système. Il y a des intérêts financiers à tous les étages, cela est certain. Nous avons des stocks au niveau national, mais

l'hydraulique doit revenir, jusque dans les plus petites pharmacies.

Une autre variable est la relocalisation de la production, notamment des 25 molécules les plus sensibles. C'est une carte de plus dans le jeu de ces industriels. Avis défavorable.

L'amendement n°506 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1229 rectifié.

Mme la présidente. – Amendement n°1380, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret en Conseil d'État mentionné au deuxième alinéa fixe les conditions dans lesquelles les stocks de sécurité constitués doivent être utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national. » ;

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Nous proposons de fixer par décret en Conseil d'État les conditions d'utilisation des stocks, afin d'éviter leur blocage et d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je comprends le sens de l'amendement, mais souhaite que l'ANSM soit le pivot de la régulation et de la police sanitaires. Or elle considère qu'elle n'a pas besoin de ce décret en plus des outils que nous lui conférerons, afin d'assurer - je m'excuse d'employer ce terme - une forme de ruissellement... (*Sourires*) Avis défavorable.

L'amendement n°1380 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°773 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 6

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La rupture d'approvisionnement se définit pour une pharmacie d'officine comme l'incapacité de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par décret en Conseil d'État.

« Pour une pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1, la rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité de constituer un stock suffisant d'un médicament pour garantir une continuité

thérapeutique aux patients pour lesquels elles assurent la dispensation dudit médicament. Ce stock doit pouvoir assurer la disponibilité effective et sans délai du médicament. » ;

Mme Anne Souyris. – Alors que les pénuries s'enchaînent, nous devons nous préparer au mieux aux ruptures de stock. Il faut notamment tenir compte des différences de problèmes rencontrés entre les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur (PUI). En effet, les secondes doivent sécuriser la dispensation de produits pour des pathologies plus lourdes, plus longues et plus variées. L'état de rupture doit donc être atteint dès que la PUI ne dispose plus d'un stock suffisant pour garantir une continuité thérapeutique pendant plusieurs jours. Il s'agit de prévenir le plus rapidement possible les pénuries.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Si les pharmacies à usage intérieur ont leurs particularités, il n'est pas souhaitable de retenir cette définition spécifique. Avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je ne vois pas ce qui justifierait cette distinction, d'autant que vous renvoyez la définition du stock à un décret. Une définition générique, si je puis dire, me paraît plus robuste.

L'amendement n°773 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°554 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°293, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 8 et 10

Après le mot :

rupture

insérer les mots :

ou de risque de rupture

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Le Gouvernement doit pouvoir prendre des mesures d'épargne de médicaments dès qu'il y a un risque de rupture. Il s'agit de réagir le plus vite possible aux tensions d'approvisionnement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Je suis confus de cette succession d'avis défavorables, mais la notion de risque ne me paraît pas bien définie. Nombre de pharmaciens anticipent une rupture avec une possible non-livraison du grossiste répartiteur, ce qu'ils ne feraient pas en temps normal. En outre, si 70 % des pharmaciens ont connu des risques de rupture, cela crée un effet similaire à la course à la pompe. Avis tristement défavorable...

M. Bernard Jomier. – Je ne suis pas triste, mais en désaccord avec cet amendement. Nous avons parlé de la téléconsultation : si elle est autorisée, il n'y a pas de raison de limiter la prescription de

médicaments dans ce cadre. Pourquoi une telle discrimination ? Je m'interroge même sur son fondement juridique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – L'interdiction concerne les antibiotiques, hors prophylaxie. Cela participe de la lutte contre l'antibiorésistance, et il est raisonnable de considérer qu'un examen clinique est nécessaire dans ces cas. D'autre part, monsieur le ministre, la notion de risque figure à l'alinéa 11 de l'article 33.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Touché ! (Sourires)

L'amendement n°293 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°292, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. Alinéa 8, première phrase

Supprimer les mots :

ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8

II. Alinéa 9

Supprimer les mots :

ou mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Cet amendement supprime la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de médicaments en cas de rupture. Elle est parfois inenvisageable : sirops pédiatriques, traitements périodiques... Les obligations évoluent selon les recommandations de la HAS. Un dialogue entre pharmaciens et médecins doit s'engager : par exemple, faut-il prescrire quatorze gélules quand une boîte de douze suffit ?

Mme la présidente. – Amendement identique n°1176 rectifié, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous voulons supprimer l'obligation de dispensation de médicaments à l'unité. La chaîne de production n'est pas prête, le système de facturation non plus.

Le pharmacien devrait imprimer les notices, et le dosage exact ne figure pas nécessairement sur chaque comprimé. Chaque année, plus de 10 000 personnes meurent d'effets iatrogènes, et 130 000 personnes sont hospitalisées du fait d'un mauvais usage de médicament.

Le gain d'une délivrance à l'unité est marginal, alors que les risques iatrogènes sont élevés : rien ne m'effrayait plus que de voir des patients mettre tous leurs comprimés dans une même boîte et les prendre de manière indifférenciée...

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis défavorable. J'ai bien conscience que cette mesure est quelque peu déclamatoire. Dans la réalité de l'officine, la dispensation à l'unité est difficile à appliquer. J'avais rencontré Mmes Cohen et de La Provôté : la commission d'enquête du Sénat n'avait d'ailleurs pas retenu cette préconisation. (Mme Corinne Imbert le confirme.)

La rédaction est ainsi plus martiale que la réalité. Reste que d'autres pays font mieux que nous, avec le concours des industriels. Madame Poumirol, nous ne négligeons pas le risque iatrogénique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Les conditionnements dans les pharmacies sont adaptés - on ne trouve pas de boîtes de 100 gélules. Par ailleurs, l'Union européenne a imposé la sérialisation des médicaments, notamment les corticoïdes, en raison du risque de rupture.

Les amendements identiques n°s 292 et 1176 rectifié sont adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°774 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Alinéa 10

Supprimer cet alinéa.

Mme Anne Souyris. – Nous voulons supprimer l'interdiction de prescrire un médicament en pénurie dans le cadre d'une téléconsultation, une double peine pour les personnes les plus éloignées des structures de soins. La population n'a pas à payer le prix des pénuries, souvent organisées par des industriels plus attachés aux profits qu'au bien-être de tous.

Mme la présidente. – Amendement identique n°926, présenté par Mme Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

Mme Céline Brulin. – En effet, ce serait la double peine pour des patients déjà privés de consultation physique et qui, en plus, se retrouveraient sans prescription.

Mme la présidente. – Amendement identique n°1177, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Émilienne Poumirol. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Avis défavorable. Cette mesure, qui ne porte que sur certains médicaments, est utile pour lutter contre les difficultés d'approvisionnement. Il est parfois pertinent de conditionner la prescription à une consultation physique.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n^{os} 774 rectifié, 926 et 1177 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Amendement n°1365, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 11

Supprimer le mot :

toutes

II. – Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La nature des mesures de police sanitaire mentionnées au premier alinéa et les conditions dans lesquelles le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut les prendre sont fixées par décret en Conseil d'État pris après consultation du conseil national de l'ordre des pharmaciens, des organisations syndicales nationales mentionnées à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale et des représentants des grossistes-répartiteurs. »

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Un décret pris en Conseil d'État doit fixer la liste des mesures de police sanitaire que peut prendre l'ANSM en cas de rupture – ou, monsieur le ministre, de risque de rupture.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Le directeur général de l'ANSM peut déjà prendre de telles mesures. Le dialogue de l'ANSM avec les parties prenantes est quotidien. Avis défavorable.

L'amendement n°1365 est adopté.

L'article 33, modifié, est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 33

Mme la présidente. – Amendement n°1159, présenté par MM. Iacovelli et Patriat, Mme Nadille, MM. Théophile, Bitz, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Durantou, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Haye, Kulimoetoke, Lemoine, Lévrier, Mohamed Soilihi, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch et Mme Schillinger.

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « ordonnance » sont insérés les mots : « ou sur un formulaire dédié » ;

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

« Lors de la prescription, le recours à un formulaire dédié, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé afin d'attester le respect des dispositions prévues au premier alinéa. Ce document est à présenter

au pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées. Il peut être dérogé en tant que de besoin pour la mise en œuvre du présent alinéa aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

M. Xavier Iacovelli. – Le mésusage de médicaments est un problème de santé publique. En invitant le prescripteur à mettre sa prescription en regard des référentiels de l'ANSM et de la HAS, nous éviterons que des médicaments soient prescrits à des patients non concernés par ces produits. Le contrôle sera simple, fondé sur quelques critères - âge et sexe du patient, par exemple. Un téléservice pourra être prévu pour alléger la procédure.

Mme la présidente. – Sous-amendement n°1374 à l'amendement n°1159 de M. Iacovelli, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Amendement n° 1159, alinéa 6, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Le recours au formulaire mentionné au premier alinéa, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé lors d'une primo-prescription réalisée par un médecin spécialiste.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – La commission propose de limiter la mesure aux primo-prescriptions par un médecin spécialiste.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Avis favorable à l'amendement et défavorable au sous-amendement. (*M. Laurent Burgoa s'exclame.*) Cela se défend, monsieur le sénateur... Le sous-amendement limite en effet la portée de la mesure.

Mme Émilienne Poumirol. – Au moment où nos internes demandent à gagner du temps médical, ne faisons pas peser sur les médecins une charge administrative supplémentaire. En outre, il s'agit d'une forme de défiance à leur égard.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – C'est précisément pour ne pas alourdir la charge administrative des médecins que nous voulons limiter la mesure aux primo-prescriptions. Faisons simple.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Oui, il faut faire simple. Mais l'enjeu n'est pas epsilonlesque : 15 à 20 % des médicaments sont prescrits en dehors de leur usage thérapeutique. Je pense aux antidiabétiques utilisés comme coupe-faim. Cette procédure destinée à prévenir le mésusage est rapide

et raisonnable au regard de son intérêt pour la santé publique.

Le sous-amendement n°1374 est adopté.

L'amendement n°1159, sous-amendé, est adopté.

ARTICLE 34

Mme la présidente. – Amendement n°294, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Cet amendement vise à maintenir la possibilité de renouveler pour trois ans la prise en charge provisoire des actes professionnels. Les actes innovants peuvent être inscrits provisoirement à la nomenclature pour trois ans. L'article a élargi cette possibilité aux actes moins innovants. Le délai a été ramené à dix-huit mois, mais, après consultation de la HAS, nous estimons que c'est insuffisant dans certaines situations.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Vous reprenez l'argument de la HAS, je le comprends. Le travail du rapporteur à l'Assemblée nationale nous avait invités à un accord de Salomon à dix-huit mois. Nous reconnaissons que la pression mise pour tenir ce délai est réelle, mais cela nous semble équilibré. Avis défavorable.

L'amendement n°294 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°295, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 5

Supprimer les mots :

à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du II et

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Cet amendement vise à maintenir le délai supplémentaire dont dispose la HAS pour rendre son avis sur l'inscription d'un acte aux nomenclatures, lorsque l'évaluation est complexe.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Même raisonnement : ce délai serait certes confortable pour la HAS, mais moins pour l'accès aux autorisations définitives. Avis défavorable.

L'amendement n°295 est adopté.

L'article 34, modifié, est adopté.

ARTICLE 34 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°1178, présenté par Mme Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Alinéa 2, dernière phrase

Remplacer les mots :

en tout ou partie

par le mot :

intégralement

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement concerne les traitements innovants. Nous souhaitons que l'entreprise titulaire des droits d'exploitation, assurant l'importation parallèle ou la distribution parallèle finance intégralement la collecte des données d'efficacité. Ce recueil essentiel pour établir la viabilité du médicament doit incomber aux industriels. Par ailleurs, il faut s'assurer que les fonds dégagés servent au recrutement de chercheurs et non de cliniciens.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. – Avis défavorable. Cet article permet l'utilisation de bases publiques pour autoriser l'usage de médicaments innovants. Le financement des entreprises peut rester partiel.

M. Aurélien Rousseau, ministre. – Nous ne ferons pas peser la même charge sur tous les établissements de santé. L'AP-HP assurera la maintenance du dispositif. Par ailleurs, nous devons maintenir le leadership public dans la récolte des données. Nous avons plus de prise sur celles-ci en étant décideurs. Avis défavorable.

L'amendement n°1178 est retiré.

L'article 34 bis est adopté.

APRÈS L'ARTICLE 34 BIS

Mme la présidente. – Amendement n°133 rectifié *quater*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

Après l'article 34 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et des investissements réalisés sur le territoire national par l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament, y compris sous forme de partenariats avec des organismes de recherche ».

M. Alain Milon. – En juillet 2021, le Gouvernement présentait la stratégie Innovation Santé 2030 pour remettre la France sur le devant de la scène mondiale. Dans la compétition mondiale, la France a choisi de soutenir l'innovation *via* divers mécanismes. Mais l'écosystème de recherche et développement a encore besoin d'accompagnement. Sur le modèle de la disposition de la LFSS pour 2022 visant à prendre en compte le lieu de production des médicaments dans le calcul de leur prix, nous proposons de tenir compte des investissements réalisés dans la recherche en

France dans le prix des médicaments qu'ils permettent de développer.

Mme la présidente. – Amendement identique n°406 rectifié *ter*, présenté par Mmes Lassarade et Berthet, MM. Anglars, Panunzi et Cadec, Mme Dumont, MM. Brisson et Bouchet, Mme M. Mercier, MM. Houpert, Bruyen et Allizard, Mmes Micouleau et Gosselin, M. Lefèvre, Mme Aeschlimann, MM. Saury et Mandelli, Mmes Belhiti et Bonfanti-Dossat et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse pour l'assurance maladie.* – Avis défavorable. Les critères fixés dans le code de la santé publique sont le service médical rendu et la sécurité d'approvisionnement du marché français. Tenir compte de critères indépendants du médicament lui-même risquerait d'entraîner une hausse importante du coût. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* – Je suis d'accord en tout point avec la rapporteure. Nous risquons de nous rendre encore plus dépendants des industriels. En outre, il serait bien difficile de déterminer quelle part de recherche a permis de lancer un médicament. Le service médical rendu doit rester le critère central.

Les amendements identiques n°s 133 rectifié quater et 406 rectifié ter ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – Nous avons examiné 239 amendements au cours de la journée ; il en reste 225.

Prochaine séance aujourd'hui, vendredi 17 novembre 2023, à 9 h 30.

La séance est levée à minuit trente.

Pour le Directeur des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Ordre du jour du vendredi 17 novembre 2023

Séance publique

À 9 h 30, l'après-midi, le soir et la nuit

Présidence :

Mme Sylvie Robert, vice-présidente,
Mme Sophie Primas, vice-présidente,
M. Dominique Théophile, vice-président

Secrétaires :

M. François Bonhomme,
Mme Nicole Bonnefoy

- Suite du projet de loi, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2024 (*discussion des articles*) (n°77, 2023-2024)