

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 325) (M. Yannick Neuder, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Jean-Carles Grelier, rapporteurs) ..... 2
- Présences en réunion ..... 48

Jeudi

24 octobre 2024

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 14

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de  
M. Frédéric Valletoux,  
*président***



*La réunion commence à quinze heures cinq.*

*(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)*

*La commission poursuit l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 325) (M. Yannick Neuder, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Jean-Carles Grelier, rapporteurs)*

## **TROISIÈME PARTIE**

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025**

#### **TITRE I<sup>ER</sup>**

#### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES**

**Article 15** : *Régulation des dépenses dans le champ conventionnel*

*Amendements de suppression AS17 de Mme Sandrine Runel, AS169 de M. Thibault Bazin et AS756 de M. Yannick Monnet*

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Nous déplorons évidemment les marges parfois très importantes réalisées par les laboratoires privés à but lucratif, mais l'article 15 risque d'aggraver le renoncement aux soins, sans pour autant les limiter.

Rien ne garantit que la baisse des tarifs n'entraînera pas une augmentation du reste à charge des patients : celui-ci sera pris en charge pour les patients couverts par une mutuelle, probablement au prix d'une augmentation, mais que se passera-t-il pour les 3 millions de Français qui n'en ont pas ? Encore une fois, c'est sur eux que reposent ces économies.

Dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), tout est bon pour augmenter toujours plus le reste à charge pour les patients. Nous proposons donc de supprimer l'article 15.

**M. Yannick Neuder, rapporteur général.** Effectivement, cet article est probablement trop contraignant : permettre à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) de décider unilatéralement des tarifs porte une atteinte excessive à la négociation conventionnelle et au dialogue social. Il n'en reste pas moins nécessaire de mieux encadrer les dépenses de santé.

Il serait dommage de renoncer totalement à cet article : plutôt que de le supprimer, ce qui nous priverait de débat, je vous propose d'accepter certains des amendements à venir, qui visent à limiter le pouvoir décisionnaire unilatéral de la Cnam et offrent donc un meilleur équilibre entre maîtrise des dépenses de santé et préservation du dialogue social.

Avis défavorable aux amendements de suppression.

**M. Philippe Vigier (Dem).** En l'état, l'article 15 n'est pas acceptable. Accorder à la Cnam le pouvoir de décider seule en cas de désaccord avec les professionnels, c'est nier le

paritarisme et le dialogue social, et accélérer la financiarisation. À terme, c'est l'accès aux soins qui en pâtira.

Le Gouvernement doit reconnaître qu'on ne peut pas laisser les choses en l'état, et ce constat vaut aussi pour l'article 16.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Dans l'imagerie comme dans beaucoup d'autres domaines médicaux, il existe de grosses disparités en matière de tarification des actes, et il est parfois un peu compliqué de faire le tri dans une telle jungle de tarifs.

Si, par facilité, on se contente de fixer un prix, on risque d'aggraver le renoncement aux soins et de créer à nouveau une médecine à deux vitesses : d'un côté, ceux qui peuvent accéder aux soins, de l'autre ceux qui ne peuvent pas, selon que les actes sont remboursés ou non.

Il est primordial de nous pencher sur la tarification des actes et les marges dégagées par certains professionnels de santé, au-delà de la seule imagerie.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Cet article est effectivement une atteinte en bonne et due forme au système conventionnel. Créé dans les années 1960, il tendait à rendre les patients solvables : les médecins s'engageaient à dispenser les soins appropriés, les patients à leur faire confiance, et la Cnam à rembourser ces derniers. Toute baisse du remboursement des patients ou du prix des actes représenterait une distorsion du système en vigueur depuis cinquante ans. Nous pouvons évidemment réfléchir à en changer, mais pas au détour d'un article du PLFSS.

Ce ne serait pas la première fois qu'on impose aux professionnels de santé un tarif opposable, mais la méthode reste pour le moins lapidaire. Nous sommes plutôt favorables à la suppression du principe de taxation forfaitaire proposé à l'article 15, mais la discussion doit rester ouverte.

**M. Thibault Bazin (DR).** Probablement préparé par l'administration, cet article, qui porte atteinte au principe même du dialogue conventionnel, est contraire à la nouvelle méthode voulue par Michel Barnier, qui souhaite rétablir les conditions du dialogue social. Il faut donc le supprimer.

Nous devons évidemment réfléchir à des moyens de maîtriser nos dépenses médicales, mais pas sous cette forme, sinon nous découragerons les professionnels de santé dans nos territoires, avec toutes les conséquences que l'on sait, notamment dans les territoires périphériques, qui en seront les premières victimes.

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Nous souhaitons tous éviter le renoncement aux soins et la rupture du dialogue social entre le ministère et les professionnels. Cet article permettrait au ministre d'abaisser d'autorité les tarifs des professionnels, sans leur accord : ce n'est pas acceptable, d'où notre volonté commune de le supprimer.

Si nous n'avons pas la garantie que cet article sera retravaillé d'ici à l'examen en séance pour répondre à toutes les préoccupations qui se sont exprimées, nous maintiendrons notre amendement de suppression.

**M. le rapporteur général.** Comme je l'ai dit, cet article me semble extrême : il faut à la fois rendre les dépenses de santé plus efficaces et respecter le dialogue entre la Cnam et l'ensemble des acteurs de santé.

Concrètement, je vous propose de rejeter les amendements de suppression et d'adopter l'amendement à venir, AS448, de M. Colombani, qui, dans l'esprit de l'article 15, prévoit un suivi des économies réalisées, tout en gardant la porte ouverte au dialogue social. Bien écrit sur le plan juridique, il me paraît plus pertinent que l'amendement de M. Bazin, très semblable mais qui propose, lui, un suivi des objectifs de maîtrise de la dépense.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** L'article 15 bafoue l'esprit conventionnel des négociations, et à ce titre, je suis plutôt favorable à sa suppression. Mais n'oublions pas que les laboratoires d'analyses et d'imagerie sont avant tout des entreprises, qui doivent payer leurs salariés et amortir leurs investissements : il est délicat de bouleverser tout le système en cours d'année juste parce que nous en aurions décidé en commission.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Ces amendements me laissent perplexe. Évidemment, le plus simple serait de les adopter, ce qui ferait éminemment plaisir aux radiologues et aux laboratoires. Mais on ne peut pas déplorer à longueur de réunions de commission la financiarisation excessive des dépenses de santé, et en même temps, refuser de se doter d'outils pour lutter contre cette dérive !

Le taux de rentabilité des laboratoires d'analyse et d'imagerie dépasse 20 %, alors qu'il n'est que de 2 % ou 3 % pour les cliniques privées. Or les plus fervents opposants à la financiarisation et la privatisation de la santé sont ceux-là mêmes qui proposent de supprimer l'article. Celui-ci ne vise qu'à doter la Cnam d'un levier pour agir si les professionnels ne respectaient pas les volumes négociés.

**M. Thibault Bazin (DR).** Je souscris aux propos de Stéphanie Rist : il faut absolument maîtriser nos dépenses de santé et lutter contre la financiarisation du secteur. Seulement, ce n'est pas ce que fait cet article !

Le secteur n'est pas encore totalement financiarisé : même s'ils sont très minoritaires, il existe encore des laboratoires d'analyses ou d'imagerie de proximité, enracinés dans les territoires, où officient des médecins ou des biologistes – c'est un gage de pertinence et de qualité des soins. Ceux-là ne sont pas adossés à des fonds financiers, et pourtant, vu la rédaction de l'article, ils risquent fort d'être les premiers affectés par ce dispositif. Celui-ci devrait viser avant tout les groupes qui multiplient les actes et pour ce faire, font souvent appel à des sociétés d'imagerie basées à l'étranger.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Nous sommes tous d'accord pour dire que la maîtrise médicalisée ne fera qu'accélérer la financiarisation. J'en veux pour preuve l'évolution connue par la biologie médicale, un domaine que je connais bien : aujourd'hui, 80 % des laboratoires appartiennent à des grands groupes, et ils sont tous fermés l'après-midi ! Voilà la vérité ! Finalement, ce sont les petits laboratoires indépendants qui font les frais des baisses de nomenclature, alors qu'ils ne font que respecter leurs engagements. Le même phénomène est en train de toucher la radiologie.

Avant de remettre en cause le cadre conventionnel, gage de qualité des soins au quotidien, commençons par renforcer la lutte contre la financiarisation qui, à terme, limitera l'accès aux soins et aggravera la désertification médicale.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Il y aura bien une négociation entre la Cnam et les professionnels, il n'y a donc aucune négation du dialogue. L'article prévoit simplement qu'en l'absence d'accord d'ici au 30 avril 2025, la Cnam pourra fixer unilatéralement la tarification des actes.

La biologie et la radiologie connaissent une forte évolution, c'est bien pour cette raison que ce sont les deux secteurs visés par le texte. Je ne suis pas opposé à l'activité libérale, tant s'en faut, mais il faut protéger les plus petits. Si le dialogue échoue, cet article permettra de sanctionner les dérives.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Effectivement, l'article prévoit un protocole. Mais les négociations, qui doivent notamment porter sur le volume d'actes, risque de pénaliser une minorité de petits groupes indépendants ou familiaux puisqu'ils réalisent moins d'actes. Par définition, ce sont pourtant les moins susceptibles de se rendre coupable d'importantes dérives financières.

**M. le rapporteur général.** Nous cherchons tous à lutter contre la financiarisation, y compris le Gouvernement, puisque c'est bien l'objectif de la baisse de la tarification proposée.

En principe, quand le tarif conventionnel B est diminué, le laboratoire se rattrape sur le volume. Mais, comme vient de l'expliquer Mme Amiot, les 20 % de petits laboratoires installés dans les territoires isolés ne peuvent pas compter sur cet effet volume : ils ne vont quand même pas se mettre à faire des prises de sang à tout le village pour compenser la baisse du prix de l'acte ! Si la Cnam décide unilatéralement d'une baisse des tarifs, les biologistes indépendants n'auront d'autre choix, pour survivre, que de se vendre à un grand groupe. Cela dégradera l'offre de soins : alors qu'ils étaient ouverts du lundi matin au samedi soir, ils deviendront de simples points de prélèvement ouverts seulement quelques heures par jour.

Les consultations médicales, les analyses biologiques et l'imagerie représentent 80 % des besoins médicaux dans les territoires. La disparition des laboratoires de biologie et d'imagerie n'aura qu'une conséquence : encourager le recours systématique à l'hôpital, à l'inverse de la logique qui nous pousse à essayer de redéployer de petites unités primaires de soins dans les territoires.

C'est pourquoi je suis défavorable à ces amendements de suppression. D'ailleurs, comme je l'ai dit à d'autres occasions, supprimer l'article nous priverait de débat. Essayons plutôt de trouver un consensus pour contraindre les tarifs sans bloquer le dialogue conventionnel. À cet égard, l'amendement de M. Colombani, bien rédigé, me semble pertinent. D'une part, il supprime la possibilité pour la Cnam de décider unilatéralement d'une baisse des tarifs au profit du dialogue avec les professionnels de santé. D'autre part, il propose un suivi des économies réalisées, ce qui, dans un souci d'efficacité de la dépense publique, semble plus adapté que le suivi des objectifs proposé par M. Bazin.

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Puisque nos avis semblent globalement convergents, pourquoi ne pas retirer tous les amendements à l'article 15 et le réécrire, tous ensemble, d'ici à la séance ?

**M. le président Frédéric Valletoux.** On ne peut pas tout détricoter. Continuons nos travaux : la rédaction de l'article qui en résultera pourra toujours servir de base pour la réécriture en vue de la séance.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements AS681 de M. Thibault Bazin et AS448 de M. Paul-André Colombani (discussion commune)*

**M. Thibault Bazin (DR).** Le système de protection sociale ne fonctionne pas à la schlague ! Le dialogue paritaire n'a pas toujours été la règle par le passé, il est donc essentiel de le maintenir. Personnellement, je suis très attaché au principe de la négociation conventionnelle. Or, s'il est remis en cause aujourd'hui pour la biologie et l'imagerie médicales, nul doute qu'il le sera aussi à terme dans bien d'autres secteurs. De nombreux professionnels nous ont d'ailleurs alertés sur les risques à bafouer ce principe conventionnel, alors qu'eux-mêmes ne sont pas directement concernés par l'article 15.

Par cet amendement, je vous propose d'en revenir à l'impératif de dialogue conventionnel pour la négociation d'accords de pertinence et de maîtrise médicalisée – tant d'objectifs que l'on partage.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** L'article 15 prévoit une régulation des dépenses à travers des accords de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie médicale et de la biologie.

En cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de l'accord de maîtrise des dépenses, constaté annuellement ou en cours d'année, et lorsque les mesures ne sont pas adoptées ou sont insuffisantes, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) peut décider unilatéralement de mesures de baisses des tarifs.

Ces dispositions vont à l'encontre du dialogue conventionnel entre la Cnam et les professionnels de santé. Cet amendement propose donc de supprimer les mesures permettant d'imposer unilatéralement une baisse des tarifs, pour en revenir à l'impératif de dialogue conventionnel pour la négociation des accords de pertinence et de maîtrise médicalisée.

**M. le rapporteur général.** Maintenant que nous avons rejeté les amendements de suppression, vous avez tout loisir de choisir lequel de ces amendements vous semble correspondre le mieux au champ de la négociation conventionnelle : M. Colombani propose que l'accord porte sur le montant des dépenses, M. Bazin sur les objectifs d'économies. Au regard de l'objectif d'efficacité des dépenses, le premier me semble préférable.

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** Nous voterons contre ces amendements.

Cinq laboratoires sur six sont financiarisés. Le rapport de force avec la Cnam dans le cadre des négociations conventionnelles est donc très déséquilibré : si les laboratoires décident de tout bloquer, la Cnam ne peut rien faire. On l'a bien vu récemment avec les grèves patronales et au moment du covid.

Cet article permet de doter la Cnam d'un outil nécessaire pour lui éviter de se faire piétiner dans les négociations et contraindre les laboratoires à diminuer les tarifs.

**M. Thibault Bazin (DR).** Sanctionner le non-respect des dépenses ou des objectifs revient au même, puisque les premières sont évaluées à l'aune des seconds. Si l'objectif est de faire de la prévention, alors soyons cohérents et optons plutôt pour ces derniers. Quoi qu'il en soit, c'est le principe même de l'article qui pose problème.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Je suis stupéfaite que notre collègue soit surpris par l'étendue de la financiarisation des laboratoires : dès lors que des lois les ont obligés à ouvrir leur capital – ce que les pharmaciens ont jusqu'à présent réussi à empêcher, au moins en partie – il est évident qu'on ne peut pas sans cesse diminuer les tarifs.

J'aurais adoré lire que le directeur de l'Uncam peut décider unilatéralement de procéder à des hausses de tarifs, mais évidemment, ce genre de proposition va toujours dans le sens d'un coup de rabot.

Il est encore possible de limiter les dégâts liés à la financiarisation, qui ont déjà fait beaucoup de mal. Mais il ne faut pas que cette lutte commune devienne un prétexte pour se contenter d'un *statu quo*.

**M. Philippe Vigier (Dem).** L'article prévoit que les négociations doivent aboutir avant le 30 avril 2025. Cela nous laisse quelques mois pour nous doter des outils nécessaires à la régulation de la financiarisation. Sans quoi, comme je l'ai dit à de nombreuses reprises, on court le risque d'accélérer la désertification médicale et la fermeture des petites structures. Rendez-vous dans six mois !

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Personne ne nie la financiarisation croissante du secteur, mais on ne peut pas s'asseoir de la sorte sur l'outil conventionnel qui régit les relations entre les médecins libéraux et la Cnam depuis plusieurs dizaines d'années. Quelques mois seulement après la conclusion, non sans peine, de la dernière convention, ce serait un très mauvais signal envoyé au monde libéral.

Reste que les laboratoires vont maintenir leurs marges en continuant à facturer des dépassements d'honoraires : à la fin, ce sont toujours les mêmes qui paient la note !

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Nous ne voulons pas réguler la financiarisation, nous voulons y mettre un terme ! Nous ne voterons donc pas ces amendements. Nous regrettons que les discussions n'aient pas permis de dégager un consensus et espérons que le débat reprendra en séance.

*La commission rejette successivement les amendements.*

**M. le rapporteur général.** Je le dis sans malice, je ne comprends pas ce que nous sommes en train de faire. Il me semblait que l'objectif était de rejeter les amendements de suppression pour ne pas obérer les débats, et d'adopter l'amendement de M. Colombani, qui répondait à bon nombre des préoccupations qui s'étaient exprimées. Manifestement, ce n'est pas le cas.

*Amendements AS449 de M. Laurent Panifous et AS474 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)*

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Travaillé avec France Assos Santé, l'amendement AS449 prévoit d'intégrer des objectifs de qualité et des critères territoriaux et de santé publique dans le cadre des accords relatifs à la régulation des dépenses dans les

secteurs de l'imagerie et de la biologie, qui ne sauraient reposer uniquement sur des objectifs quantitatifs et financiers, au détriment de la pertinence et de la qualité des actes.

**M. le rapporteur général.** Par principe, on ne peut pas être défavorable à une telle proposition, mais aucun de ces deux amendements ne propose une rédaction satisfaisante au regard de l'ensemble des objectifs.

Je comprends que vous souhaitiez avancer sur le critère territorial. Aussi, en signe d'ouverture, j'émet néanmoins un avis favorable à l'amendement AS474, légèrement mieux écrit.

*La commission adopte l'amendement AS449.*

*En conséquence, l'amendement AS474 tombe.*

*Amendement AS925 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** C'est un amendement rédactionnel et de cohérence. Le projet de loi laisse penser que les accords de maîtrise des dépenses dans les spécialités de biologie et de l'imagerie médicale sont facultatifs, alors qu'il prévoit de donner au directeur général de l'Uncam la possibilité de procéder unilatéralement à des baisses de tarifs pour les forfaits techniques et les actes. Le volume des actes d'imagerie médicale a connu une hausse de 8,5 %.

**M. le rapporteur général.** Vous souhaitez que ces accords soient obligatoires, mais nous venons de considérer, en rejetant les amendements de suppression, qu'un dialogue était nécessaire et que les décisions unilatérales étaient à proscrire.

Avis défavorable, car nous souhaitons plutôt réduire la toute-puissance décisionnaire de la Cnam.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS979 de M. Damien Maudet*

**Mme Karen Erodi (LFI-NFP).** Cet amendement est un cri d'alerte visant à favoriser l'accès aux soins dans les secteurs de l'ophtalmologie et des soins dentaires, où les dépassements d'honoraires sont devenus la norme, rendant des soins essentiels inaccessibles aux personnes les plus modestes. Une régulation des prix permettrait à chacun d'avoir accès aux lunettes, aux lentilles et aux prothèses dentaires sans se ruiner. Elle doit être privilégiée pour baisser le reste à charge qui explose et limiter les disparités territoriales.

Au-delà des tarifs, la mainmise des fonds d'investissement constitue une autre menace. Nos services de soins paramédicaux ne doivent jamais être régis par des logiques financières : il est temps de mettre un coup d'arrêt à cette dérive en dynamisant la régularisation de l'acte dans le cadre d'un accord de bon usage, comme le prévoit l'article 15. C'est une question de justice sociale et d'égalité pour tous nos concitoyens, où qu'ils vivent.

**M. le rapporteur général.** J'entends votre alerte concernant les soins dentaires et l'ophtalmologie, mais je ne peux être favorable à votre amendement tel qu'il est rédigé. Je vous propose de le réécrire ensemble d'ici à l'examen du texte en séance publique.



Demande de retrait ou avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Nous acceptons votre proposition, mais nous le maintenons, afin de démontrer l'enthousiasme qu'il suscite.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS1596 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Cet amendement vise à fixer des objectifs quantitatifs et qualitatifs s'agissant du maillage territorial, des horaires d'ouverture et du maintien des capacités diagnostiques de proximité, dans les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicales. Il vise à limiter le nombre de décisions unilatérales prises sans dialogue et à imposer des contraintes pour maintenir l'offre de soins dans les territoires.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendements identiques AS298 de M. Thibault Bazin, AS466 de M. Paul-André Colombani, AS755 de M. Yannick Monnet et AS1280 de Mme Annie Vidal, et amendements identiques AS253 de M. Thibault Bazin et AS1339 de Mme Annie Vidal (discussion commune)*

**M. Thibault Bazin (DR).** L'article 15 ne vise pas uniquement à lutter contre la financiarisation, puisque même la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs demandent à être consultés dans le cadre des négociations sur les accords de maîtrise des dépenses qui leur seront appliqués. Des groupements d'intérêt économique (GIE) sont également concernés par ces accords. Cet amendement a pour but de prévoir la concertation avec les fédérations représentatives d'établissements de santé.

**Mme Émeline K/Bidi (GDR).** L'amendement AS1280 est défendu.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Ces amendements montrent l'intérêt de l'article 15, qui n'a heureusement pas été supprimé.

**M. Thibault Bazin (DR).** L'amendement AS253 est quasiment identique au précédent, à un mot près.

**M. le rapporteur général.** Le secteur de la biologie médicale est un bon exemple pour identifier les enjeux des négociations sur les accords de maîtrise des dépenses. Les biologistes hospitaliers, notamment, estiment que si la dégradation du tarif du B n'a pas d'effet majeur sur leur fonctionnement, elle conditionne néanmoins les stratégies de certains hôpitaux, cliniques ou centres de lutte contre le cancer en matière de développement de la biologie médicale.

Afin de ne pas laisser le champ libre au secteur libéral, qui a ses propres objectifs de revalorisation du tarif du B ; afin de promouvoir une gestion plus raisonnable de l'hôpital, reposant sur des objectifs qualitatifs quantifiés ; et afin de remplir certaines missions de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), les stratégies de l'hôpital public doivent inclure une revalorisation du tarif du B.

De nombreux hôpitaux ont l'intention de revoir avec l'Anap les contrats de pôles et les aides à la performance. Il est nécessaire d'inviter les structures hospitalières à la table des négociations sur la valeur du tarif B, sans quoi il sera impossible de leur demander de prendre des mesures d'efficacité médico-économique.

Avis favorable aux amendements AS298 et identiques.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Pour la première fois, les biologistes hospitaliers et privés demandent la même chose, à savoir la suppression de l'article 15. Nous devons prendre en considération l'offre de manière globale.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Nous sommes favorables à l'inclusion de tous les acteurs de la santé dans les discussions. Je pensais d'ailleurs – naïvement, peut-être – que la FHF était déjà consultée, d'autant que le président de notre commission en a été le président. D'ailleurs, pourquoi ne pas appliquer l'ensemble de ses recommandations, à commencer par celle visant à augmenter pour 2024 le budget de l'hôpital public de 2,4 milliards d'euros et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de 3,9 milliards ?

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Dans ma commune, un hôpital dit périphérique vit une situation inédite : son laboratoire central est contraint de passer dans le giron de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, chroniquement déficitaire. Il s'agit purement d'une opération de rentabilisation du service et cette financiarisation du secteur public est très étonnante.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** À l'instar de M. Vigier, je tiens à signaler le risque de fermeture de certains laboratoires de biologie si le tarif B était modifié. La question sous-jacente est la suivante : jusqu'où laissons-nous se développer ce qui s'apparente à une rente pour 60 % des laboratoires ?

Par ailleurs, s'agissant de la radiologie, les hôpitaux publics ont aussi intérêt à négocier les tarifs pour attirer des praticiens. De quels moyens disposons-nous pour agir dès maintenant ? L'un d'entre eux consiste à ne pas laisser les tarifs des laboratoires privés augmenter. La rémunération des radiologues n'est plus juste : elle varie d'un à quinze selon les endroits et les statuts, alors que les actes sont les mêmes. Si nous n'en tenons pas compte, ce sont les patients qui finiront par payer l'écart.

**M. Thibault Bazin (DR).** Ce qui importe, c'est la pertinence et la qualité des soins, ainsi que l'accès aux soins. Il est problématique qu'en raison des contraintes de maîtrise des dépenses, certains établissements, notamment hospitaliers, sont tentés de faire appel à des sociétés financières, parfois basées à l'étranger.

On ne peut se contenter d'une logique de réduction des dépenses bête et méchante sans discuter avec tous les établissements, dont certains travaillent et investissent déjà ensemble, comme en témoignent les nombreux GIE public-privé. En favorisant la discussion entre tous les acteurs, il est possible d'éviter les examens ou les actes superflus et de permettre aux services des urgences de travailler plus rapidement et plus efficacement.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Je souscris aux propos de Mme Rist. À Marseille, l'hôpital Nord a été dépourvu de radiologistes pendant plusieurs mois, ce qui a entraîné la déprogrammation d'examen préalables à des chirurgies. Sur place, les personnels hospitaliers m'ont expliqué que les radiologistes et les préparateurs en radiologie étaient partis travailler

dans le secteur privé. L'hôpital ne pouvait donc plus effectuer d'examens radiologiques cruciaux, alors que le secteur privé assurait la réalisation d'examens courants. C'est pourquoi nous devons réglementer les tarifs de ces actes.

**M. le rapporteur général.** Nous partageons votre constat, monsieur Davi, mais ce n'est pas l'objet de ces amendements. Nous sommes tous d'accord que les problèmes de la biologie et de la radiologie concernent les acteurs du secteur libéral comme les structures hospitalières. Or les amendements visent précisément à intégrer ces dernières aux négociations tarifaires, par le biais de leurs fédérations.

*La commission adopte les amendements identiques AS298 à AS1280.*

*En conséquence, les amendements identiques AS253 et AS1339 tombent.*

*Amendement AS1597 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Au titre de l'aménagement du territoire, il est nécessaire que les collectivités locales s'emparent des sujets, certes régaliens, relatifs à l'offre et à la qualité des soins, à la rationalisation et au maillage territorial.

Les communes, les communautés d'agglomération, les départements et les régions sont déjà nombreux, pour répondre à des besoins et renforcer leur attractivité, à participer au financement de maisons médicales ou d'autres établissements de soins. Il me semble qu'il ne serait pas sot de les intégrer aux discussions et aux réflexions, en lien avec la Cnam.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Vous voulez associer les élus locaux à la définition des tarifs de l'assurance maladie. La radiologie et la biologie médicale sont des activités soumises à autorisations, qui sont délivrées par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d'organisation des soins. Ces derniers font l'objet d'une large concertation, à laquelle participent les associations d'élus. S'il importe que les élus puissent donner leur avis sur les lieux d'implantation des appareils d'imagerie médicale ou des centres de biologie médicale, quel est l'intérêt de les associer à la définition des tarifs de l'assurance maladie ?

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Les régions peuvent se doter d'une compétence en matière de santé ; à ce titre, elles sont un acteur important de l'amélioration de l'accès aux soins, tant en matière d'équité que d'équipements. Toutefois, je ne comprends pas l'intérêt d'intégrer les associations d'élus locaux aux négociations sur les accords de maîtrise des dépenses.

**M. le rapporteur général.** S'agissant de la définition des tarifs, les élus locaux ne sont sans doute pas les interlocuteurs les plus pertinents, j'en conviens. Cependant, ils doivent avoir voix au chapitre lorsque la négociation tarifaire peut remettre en question la rentabilité d'un acteur de santé en faveur duquel ils ont consenti des investissements – un centre de soins, par exemple.

Madame Rousseau, j'entends votre remarque concernant les régions, mais les négociations tarifaires peuvent avoir des effets à l'échelle infraterritoriale.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Les élus locaux participent déjà aux communautés professionnelles territoriales de santé, créées en 2019. De manière générale, les élus locaux sont associés à de nombreuses instances décisionnaires.

*La commission adopte l'amendement.*

*Aamendement AS450 de M. Laurent Panifous.*

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS679 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (DR).** Le présent amendement vise à supprimer l'alinéa 10 de l'article 15, qui accorde au directeur général de la Cnam la faculté de décider unilatéralement de baisses de tarifs de biologie ou d'imagerie médicale.

Le public et le privé ne sont pas hermétiquement séparés, comme vous semblez le penser : il existe de formidables alliances public-privé. Dans certains établissements publics, toute l'imagerie est gérée par des radiologues privés, qui assurent la permanence des soins ; certains sont même conventionnés secteur 1 ! De même, des laboratoires de proximité assurent la permanence des soins en matière de biologie médicale. Ces alliances, qui n'impliquent pas des acteurs financiarisés, permettent de garantir une réactivité satisfaisante et d'éviter la surprescription. Les acteurs publics et privés doivent travailler ensemble, autour d'objectifs partagés.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Monsieur Bazin, vous pourriez préciser que votre amendement est un copier-coller du courrier du lobby des grands laboratoires pharmaceutiques – pourtant, cela ne vous arrive jamais. J'ai reçu exactement le même, le 16 octobre : il a été rédigé par l'Association pour le progrès de la biologie médicale, qui regroupe les représentants des cinq principaux groupes de biologie – Biogroup, Cerba, Eurofins, Inovie et Unilabs.

Il est triste que des amendements, rédigés à l'avance par des acteurs économiques, soient défendus comme s'il s'agissait des nôtres et intégrés tels quels aux textes de loi.

**M. Thibault Bazin (DR).** Je dépose les amendements que je veux et personne ne m'oblige à en déposer. Lors des auditions que nous avons menées, la suppression de l'alinéa 10 a été proposée par différents acteurs, comme les professionnels paramédicaux, et pas uniquement par ceux que vous avez cités. La suspicion permanente doit cesser !

**M. Philippe Vigier (Dem).** Moi aussi, j'ai été contacté sur ces sujets, mais par de petits laboratoires. Par ailleurs, M. Bazin a raison, le clivage public-privé n'existe plus. Pour contrer la dérive financière, qui m'inquiète, nous pouvons agir sur les actions de préférence : le jour où leur rôle sera modifié dans les structures financières, le pouvoir sera rendu aux professionnels de santé. C'est un message que j'essaie de faire passer depuis longtemps ! Par ailleurs, nous devons également agir au niveau de l'octroi des autorisations, sur lequel nous avons la main, pour répondre aux besoins des territoires. Je voterai cet amendement, qui va dans le sens de l'amélioration de l'accès aux soins, ce que nous souhaitons tous.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Je me dois de défendre notre collègue Bazin contre les attaques visant son indépendance et sa loyauté. Nous le connaissons depuis longtemps dans cette commission, où son travail est apprécié, et nous ne pouvons laisser dire qu'il serait sous l'influence d'un lobby ou de quelque groupe que ce soit.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Nous sommes tous conscients de l'importance de disposer d'une radiologie et d'une biologie de très haut niveau, mais le choix des spécialités par les étudiants n'est jamais évoqué. Les écarts de revenus entre un biologiste ou un radiologue d'une part, et un chirurgien ou un psychiatre d'autre part, sont de nature à susciter des interrogations. Un biologiste peut déléguer une partie de ses tâches et n'a pas à travailler la nuit ; un chirurgien ne peut s'interrompre au beau milieu d'une opération pour aller se coucher.

Dans les années 2000, j'ai participé à la refondation de la nomenclature des actes médicaux et chirurgicaux, qui a duré trois ans et qui a montré sa pertinence ; quelques mois après, des lobbys ont tout remis en question. En tout état de cause, il y a là matière à réflexion.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1330 de Mme Joëlle Mélin*

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Cet amendement vise à insérer dans l'article 15 la notion d'événement sanitaire exceptionnel. Pendant l'épidémie de covid, les laboratoires de biologie ont heureusement répondu aux demandes des patients, en l'absence de toute régulation ; on a beau jeu ensuite de dire qu'ils ont profité de la situation ! L'État, en revanche, a été défaillant, puisque, sauf erreur de ma part, en mars 2020, le ministre de l'intérieur n'a pas déclenché le processus de gestion de crise.

**M. le rapporteur général.** J'étais plutôt défavorable à votre amendement, dont la rédaction doit être améliorée, mais compte tenu de vos explications, mon avis est favorable. Je vous invite néanmoins à en revoir la formulation.

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** L'adoption de cet amendement signifie-t-elle qu'en cas de crise sanitaire, les tarifs ne seraient plus négociés ?

**M. le rapporteur général.** Votre question est pertinente, mais ce n'est pas tout à fait l'objectif de cet amendement. Celui-ci vise à ce qu'en cas d'événement sanitaire exceptionnel, les sanctions financières prévues lorsqu'un objectif n'est pas atteint ne s'appliquent pas. Si les laboratoires sont amenés à pratiquer beaucoup plus de tests que prévu en raison d'une nouvelle épidémie, on ne pourra pas leur en tenir rigueur.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS983 de M. Damien Maudet*

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Du côté du groupe LFI-NFP, nous sommes favorables à une reprise en mains publique des tarifs de certains laboratoires de biologie et d'imagerie médicales. Outre la concentration croissante et la financiarisation de ces acteurs, nous devrions également nous intéresser à leurs taux de profit, qui ont quasiment doublé depuis 2019. L'écart s'accroît cependant entre les groupes qui réalisent des profits très importants et ceux dont les profits diminuent.

À chaque fois que les grands groupes rachètent des laboratoires et augmentent la concentration du secteur, ils gèlent les salaires – des grèves ont eu lieu récemment chez Biogroup, Unilabs et Eurofins –, regroupent les plateaux techniques et commercialisent de plus en plus de bilans ou d'examens biologiques sans ordonnance, non remboursés et dont l'intérêt peut être douteux. Toutes ces raisons nous conduisent à être d'accord avec l'objectif de diminution des tarifs lorsque les actionnaires des laboratoires ne respectent pas les accords.

Toutefois, cet amendement vise simplement à créer une clause de sécurisation, garantissant un reste à charge zéro, afin que la baisse organisée des tarifs ne se fasse pas au détriment des patients.

**M. le rapporteur général.** La lutte contre la financiarisation n'est pas l'apanage de La France insoumise, mais un objectif partagé par tous. J'entends votre idée relative à l'effet levier, mais je ne peux y être favorable puisque je ne peux garantir un reste à charge zéro sans réduire le ticket modérateur à zéro.

Demande de retrait ou avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI-NFP).** Procédons à un vote commun sur cet amendement et sur le projet de remboursement de 100 % des soins de santé prescrits !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS680 de M. Thibault Bazin*

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** Cet amendement de M. Bazin est à nouveau un copier-coller d'un texte envoyé par les laboratoires financiarisés. Je lui recommande de lire plutôt les travaux du chercheur Antoine Leymarie portant sur la financiarisation. En 2010, les six principaux groupes possédaient 16 % des laboratoires ; en 2020, ils en possédaient 75 %. Les prix des actes de biologie et de radiologie explosent parce que les groupes qui détiennent les laboratoires, qui sont cotés en Bourse, veulent augmenter leurs profits et leurs dividendes. Les petits laboratoires indépendants en ville sont devenus rares : ils ne sont plus que 400, contre 4 000 il y a quelques années ; ils sont en train de disparaître.

Depuis tout à l'heure, les députés du Rassemblement National votent tous les amendements visant à ne pas réguler la financiarisation. Ils sont complices de ces groupes financiarisés, dont les trois quarts sont détenus par des fonds étrangers et qui coûtent un pognon de dingue à la sécurité sociale. Nous sommes en train de placer nos laboratoires et notre souveraineté sanitaire dans les mains de fonds étrangers qui ne cherchent qu'à augmenter leurs profits et leurs dividendes.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Les petits laboratoires de biologie médicale ont été contraints de se regrouper à partir du moment où ils ont dû recevoir l'accréditation du Comité français d'accréditation. Ils n'étaient pas en mesure de remplir seuls cette obligation. Depuis que les laboratoires sont soumis à l'accréditation, on note une réelle amélioration de la qualité des procédures.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Mme Vidal a tout à fait raison, la seule profession médicale devant être accréditée est la biologie médicale. Cette évolution, qui résulte de la « loi Bachelot », a été mise en œuvre par l'« ordonnance Ballereau ». La procédure

d'accréditation est très complexe. Il faut certes endiguer la financiarisation, mais il ne faut pas oublier que, pendant la covid, on était bien content que les labos soient là : on a eu besoin d'eux jour et nuit. À ce moment-là, croyez bien qu'on a décroisé le public et le privé.

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Entendre que le regroupement de laboratoires facilite les procédures me heurte à l'heure où les salariés de ces structures se mobilisent. Des laboratoires comme Eurofins ont des stratégies ultramonopolistiques : tel est l'objectif de ces regroupements. Dans nos territoires, les patients, qui deviennent des clients, n'ont plus le choix de leur laboratoire : il n'y a plus qu'une enseigne, bien souvent, pour réaliser les examens médicaux. Le reste à charge est particulièrement élevé et les conditions d'accueil très dégradées. Dans mon département du Finistère, des signalements ont été faits au sujet de l'insalubrité d'un certain nombre de locaux, qu'il a fallu fermer. On y trouve parfois des rats, il arrive que les toilettes débordent. On accueille les patients dans ces locaux *low cost*, que l'on optimise. C'est tout bonnement inacceptable. Il faut revoir cette question en profondeur.

*La commission adopte l'amendement AS680.*

*En conséquence, l'amendement AS980 de M. Hadrien Clouet tombe.*

*Amendement AS19 de M. Jérôme Guedj*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Cet amendement de repli vise à décaler d'avril à septembre 2025 la date limite pour trouver un accord dans le champ de l'imagerie médicale et de la biologie avant que le Gouvernement puisse baisser d'autorité les tarifs. Je ne suis pas choqué, sur le plan des principes, par le fait que l'assurance maladie, le Gouvernement aient le pouvoir d'encadrer l'évolution des tarifs et d'imposer des négociations, sous peine de sanctions. Cela étant, il me paraît préférable de laisser le temps à la négociation conventionnelle de se dérouler.

**M. le rapporteur général.** C'est une mesure de bon sens. Avis favorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je soutiens l'amendement. Nous nous trouvons à la croisée des chemins : il est important que le dialogue s'instaure.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 15 modifié.*

### **Après l'article 15**

*Amendement AS1599 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit d'avancer l'application du financement au forfait de la radiothérapie du 1<sup>er</sup> janvier 2026 au 1<sup>er</sup> janvier 2025. On parle, depuis de nombreuses années, de la réforme de ce financement. De nombreuses expérimentations et études ont été réalisées, qui montrent que l'évolution des pratiques médicales permet de moins irradier les patients, avec des doses fractionnées, pour un bénéfice clinique équivalent. Cela permet de réduire le nombre de séances et, surtout, les séquelles post-radiothérapie. En outre, ce nouveau mode de financement permettra de réaliser des économies. L'an dernier, nous avons voté, dans le PLFSS, l'instauration du financement au forfait de la radiothérapie. Nous disposons à présent de tous les éléments, notamment des dernières études médicales, pour avancer la date de son application.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** C'est un amendement que j'avais défendu, au nom de mon groupe, l'année dernière. Au terme des discussions avec les services, il avait été proposé de repousser la date d'entrée en application du financement au forfait à 2026. Je suis ravie que vous l'avanciez à 2025, à l'heure où il nous faut réaliser des économies. Nous appuyons cette évolution indispensable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Notre groupe soutient également cet amendement. Le protocole au forfait implique un parcours de prise en charge, qui est la méthode à suivre pour éviter les redondances.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Nous voterons également cet amendement. Outre que le financement au forfait se substituera avantageusement à la tarification à l'activité (T2A) de ces soins, il pourrait encourager la recherche sur les protocoles accélérés contre le cancer, qui permettent de réduire le nombre de séances, en les rendant certes plus intenses à vivre sur l'instant, mais si efficaces que parfois une seule est suffisante.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Le financement au forfait ou au parcours est effectivement une voie d'avenir qu'il faut encourager.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS70 de Mme Mélanie Thomin*

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Cet amendement « de temps de crise » tente de pallier partiellement les graves difficultés auxquelles est confronté l'hôpital public. Il s'agit de faire émerger des solutions territoriales à la pénurie de médecins urgentistes, qui conduit à la régulation de nos services d'urgence. Dans les zones sous-dotées en particulier, on n'a parfois pas d'autre possibilité, pour se soigner, que de se rendre à l'accueil des urgences de l'hôpital public. Or voilà plus de quinze mois que les urgences du Centre-Bretagne, à Carhaix, sont régulées, quinze mois qu'il y a une rupture dans l'égalité d'accès aux soins au sein de ce bassin de vie de 80 000 habitants.

L'accès aux soins pour tous, c'est ce qui me paraît légitimer de donner aux ARS les moyens d'expérimenter des organisations dérogatoires telle la réquisition des professionnels de santé exerçant dans les cliniques. Lorsque l'hôpital public est au bord de l'effondrement, n'est plus suffisamment attractif, nous devons inventer des solutions à l'échelon territorial – ce que d'ailleurs nous suggère le ministère de la santé lorsque nous le saisissons de ces situations. Ce PLFSS doit donc donner des marges de manœuvre pour éviter l'asphyxie des services et la dégradation de la prise en charge des patients dans les territoires.

**M. le rapporteur général.** Cette mesure, si j'en comprends l'intention, oppose clairement le public au privé de façon théorique. En pratique, je vois mal comment une telle réquisition pourrait se faire. Il faut que les professionnels échangent et se mettent d'accord. Le président de notre commission a fait voter une loi en ce sens, mais elle ne vise pas des expérimentations qui conduiraient les ARS à réquisitionner des professionnels. Les médecins l'accepteraient-ils ? Rien n'est moins sûr. Le remède, très fort, serait peut-être pire que le mal.

Avis défavorable.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** J'ai souvenir que le président Hollande s'était engagé à ce qu'il y ait un service d'urgence à moins de trente minutes du domicile de chaque



Français. Je note que le Parti socialiste est passé de trente à quarante-cinq minutes : je ne suis pas sûr que ce soit un progrès.

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Comme je l'ai dit, c'est un amendement de temps de crise. Nous cherchons des solutions concrètes dans les territoires, car l'État n'y assume plus ses responsabilités. Des patients n'ont plus de solution pour se soigner. On laisse dans l'impasse ceux qui sont les plus éloignés des villes et des métropoles. Par la fermeture ou la régulation des urgences, on crée une rupture entre les campagnes et le monde urbain. Notre proposition vise à offrir un outil supplémentaire aux ARS pour trouver des solutions provisoires et redonner du souffle, pour ne pas dire réanimer, les services d'urgences.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Il est difficile d'entendre que l'État n'a rien fait en matière d'accès aux soins. Je n'énumérerai pas toutes les mesures qui ont été prises, car mon temps de parole n'y suffirait pas. Une chose est sûre, ce n'est pas sous un gouvernement de gauche que l'on a mis fin au numerus clausus. La loi à laquelle M. Valletoux a donné son nom permet de répondre à ces difficultés – il serait d'ailleurs souhaitable que les décrets d'application soient publiés rapidement.

**M. le président Frédéric Valletoux.** J'appuie cette demande ! Nous avons voté, il y a bientôt un an, cette proposition de loi, qui donne la main à l'État et offre la possibilité, par la régulation, de mobiliser les moyens du privé si ce dernier ne participe pas spontanément à la permanence des soins.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** L'accès aux soins s'est grandement dégradé dans notre pays depuis vingt ans, et tous les gouvernements en sont responsables. Je ne suis pas choqué par la proposition de Mme Thomin. Certes, elle ne résoudrait pas tout mais les réquisitions se pratiquent déjà, par exemple lorsque des personnels hospitaliers se mettent en grève ou pendant la crise du covid, des infirmières libérales ont été là. Des médecins exerçant en clinique, en particulier parmi les plus jeunes, ne seraient peut-être pas choqués d'être réquisitionnés pour aider leurs collègues aux urgences. Oui, on en est là.

**M. le rapporteur général.** Encore une fois, on oppose le public au privé, et je ne vois pas comment une ARS pourrait prendre quelqu'un de force dans un service pour le mettre dans un autre. Quand bien même nous voterions cette disposition, je ne vois pas comment elle pourrait s'appliquer selon les modalités que vous prévoyez.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1602 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Il s'agit d'une demande de rapport sur le financement des actes recensés dans le référentiel des actes innovants hors nomenclature (Rihn) et le financement des tests innovants dans les laboratoires de biologie médicale. Le Rihn permet la prise en charge des examens de biologie et d'anatomopathologie qui ne sont pas inscrits à une nomenclature. Or son enveloppe est fermée et la situation financière de certaines structures ne leur permet pas toujours de proposer ces tests relativement onéreux, ce qui entraîne une perte de chance pour les patients. Par exemple, on sait qu'en fonction du séquençage génomique, des cancers peuvent être résistants à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Sans test, le patient va recevoir, peut-être à tort, un traitement dont il va subir inutilement les effets secondaires. Or il pourrait gagner plusieurs années de survie en relativement bonne santé, grâce à des traitements par voie orale suivis en dehors des structures hospitalières.

Ces tests offrent donc un vrai gain, mais le point doit être fait sur leur coût et les modalités de leur financement. Pour l'instant, on ajoute régulièrement des actes innovants à la liste sans jamais accroître le volume de l'enveloppe, ce qui dégrade continuellement le remboursement des examens. Dans les hôpitaux publics, ces examens sont souvent pris sur le déficit de l'hôpital.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Le Rihn est un vrai problème. La Haute Autorité de santé (HAS) en a pris conscience et s'emploie à absorber, petit à petit, le retard que nous avons accumulé. En cancérologie, on s'oriente vers une médecine de précision, adaptée au patient. Ces tests sont absolument nécessaires pour ne pas multiplier des actes qui pourraient être non seulement inopérants mais, de surcroît, provoquer des séquelles.

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Monsieur le rapporteur général, vous nous avez bien décrit l'intérêt de ces actes, et nous vous faisons évidemment confiance. Nous partageons la même inquiétude quant à la dégradation des soins. Vous avez précisé que, dans le public, il était de moins en moins possible de pratiquer ces examens, ce qui m'amène à insister à nouveau sur les différences séparant le public et le privé.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Les hôpitaux n'ont plus les moyens de pratiquer ces actes, compte tenu des restrictions financières auxquelles ils sont soumis. La HAS, il est vrai, travaille sur la question. Il faut accélérer car c'est l'ensemble de la protocolisation qui est en jeu. Les actes innovants permettent une meilleure prise en charge, une réponse thérapeutique plus adaptée, à moindre coût. Si on ne les pratique pas, on assistera de plus en plus à des transferts vers des structures privées.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS71 de Mme Mélanie Thomin*

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Les dosimétristes sont des techniciens hospitaliers chargés de préparer et de planifier les traitements contre les cancers par radiations ionisantes. Cette profession n'a pas de véritable statut alors que la dosimétrie constitue une voie de spécialisation à l'hôpital public. Malgré les recommandations du plan Cancer 2014-2019 et celles formulées par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2021, la profession de dosimétriste n'est toujours pas reconnue à son juste niveau. L'amendement demande un rapport à ce sujet.

**M. le rapporteur général.** Savez-vous combien de personnes sont concernées ? Est-ce de l'ordre d'une ou deux par établissement ?

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Je n'ai pas les chiffres mais je pourrai vous les transmettre.

**M. le rapporteur général.** Si vous me confirmez que ces professionnels ne sont ni des infirmiers ni des personnels paramédicaux de radioprotection, j'émet un avis favorable à votre demande de rapport.

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** Je le confirme.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** J'avais déposé un amendement, qui a été déclaré irrecevable, dont le champ d'application était élargi aux propositions de radiothérapie interventionnelle. Ces actes, qui relèvent de la radiothérapie interne vectorisée (RIV),

demandent une spécialisation de tous les professionnels intervenant : radiopharmaciens, manipulateurs radio, dosimétristes... J'avais demandé un rapport sur le sujet, car ces nouvelles propositions de traitement des cancers demandent des investissements et le développement de compétences. Je souhaitais que l'on ait une vision d'ensemble de ce que deviendra la RIV.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement a été déclaré irrecevable car vous n'avez pas suffisamment ciblé le champ du rapport.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS842 de Mme Marie-Charlotte Garin*

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Cet amendement a pour objet d'établir un bilan des maisons de naissance déployées sur le territoire et des raisons pour lesquelles elles sont plébiscitées. Cette étude permettrait aussi de comprendre pourquoi certaines femmes les préfèrent désormais aux maternités plus classiques, et d'aborder des sujets fondamentaux pour les droits des femmes, des mères et, de manière générale, des parents, comme les violences obstétricales, l'accompagnement pour l'allaitement, la prise en charge post-partum, etc. Nous avons commencé ce travail au sein de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss).

**M. le rapporteur général.** Sur ce sujet d'importance, la question est de savoir si cette tâche va continuer d'être menée à bien par la mission du Printemps social de l'évaluation que vous conduisiez avec Joëlle Mélin et Sandrine Josso. Dans le cas contraire, je ne pourrais donner qu'un avis favorable à votre demande de rapport – l'essentiel est que le sujet soit traité. Peut-être Jérôme Guedj pourrait-il nous dire, en sa qualité de coprésident de la Mecss, s'il souhaite reconduire la mission d'évaluation sur les maisons de naissance.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Je suis favorable à ce que l'on élabore un rapport, qu'il émane du Gouvernement ou de notre mission. Nous avons auditionné des sages-femmes travaillant dans la dizaine de maisons de naissance déjà existantes. Nos travaux ont été arrêtés mais j'ai creusé le sujet, et il semblerait que la réalité ne soit pas aussi favorable qu'elle paraisse. Ces travaux doivent être menés à leur terme.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Sans vouloir m'immiscer dans les décisions de la Mecss, mieux vaudrait, me semble-t-il, laisser à la mission le soin de poursuivre ses travaux plutôt que de s'en remettre au Gouvernement et d'attendre un rapport qui n'arrivera jamais.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Nous en discuterons avec le coprésident Cyrille Isaac-Sibille, mais il me paraît évident que nous n'allons pas passer par pertes et profits le travail accompli par les corapporteurs, qui avaient parcouru peu ou prou la moitié du chemin. Le programme de la Mecss sera très prochainement arrêté et il prévoira la poursuite des missions déjà lancées. Je suis favorable à ce que l'on confie cette tâche au Parlement plutôt que d'attendre un hypothétique rapport.

**M. le rapporteur général.** Dès lors, je demande à M. Peytavie de retirer son amendement. À défaut, mon avis serait défavorable.

*L'amendement est retiré.*

**Article 16 :** *Extension du champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions*

*Amendements de suppression AS18 de M. Jérôme Guedj, AS328 de M. Sébastien Peytavie, AS443 de M. Paul-André Colombani et AS984 de Mme Élise Leboucher*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Personne ne peut être hostile au principe de la pertinence des soins, c'est-à-dire au fait de délivrer le soin au bon patient au bon moment au bon endroit. Or le texte prévoit de sanctionner financièrement – en le privant de remboursement – le patient dont le médecin aurait effectué une prescription qui ne respecte pas une recommandation de la HAS. Nous sommes favorables à la pertinence des soins, à la rémunération sur le fondement d'objectifs de santé publique mais il nous paraît problématique de sanctionner le patient. C'est pourquoi nous proposons de supprimer l'article.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Qu'on cible ainsi le patient nous pose problème. Il y a d'autres moyens que ces méthodes paternalistes pour s'assurer que les prescriptions sont adaptées et les recommandations observées, surtout quand autant de personnes renoncent à des soins ou n'ont pas accès à des spécialistes à proximité de chez eux.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** J'ajoute que cette procédure entraînerait une surcharge administrative et ferait perdre du temps médical, alors que le pays subit une crise démographique sans pareille. Peut-être, dans quelques années, lorsque les effets de la fin du *numerus clausus* se seront fait sentir, cette mesure présentera-t-elle une certaine pertinence.

**M. Louis Boyard (LFI-NFP).** Outre que cette sanction des patients est inacceptable et qu'il est important de gagner du temps médical sur la surcharge administrative aberrante, la démarche politique de suspicion des patients comme piste d'économies est à nos yeux absolument inadmissible. J'espère que par l'amendement AS984, nous rejetterons à l'unanimité cette mesure bureaucratique.

**M. le rapporteur général.** La rédaction de cet article n'est pas satisfaisante, pour plusieurs raisons. D'abord, le patient est pris en otage : si le médecin a oublié de rédiger le document, il devra attendre que le pharmacien appelle celui-ci pour procéder à une vérification. Ensuite, se pose le problème de la surcharge administrative. Le lundi, lorsque je me rends à l'hôpital, j'essaie de mesurer la surcharge induite par ces recommandations, pour m'assurer qu'elle est acceptable. Je n'ai toujours pas compris comment on devait procéder, dans certains cas, pour établir la prescription. Il serait souhaitable que des textes nous le précisent.

Je suis pris entre deux feux : d'un côté, vous m'avez reproché, hier, l'absence de débat sur l'article 6 ; d'un autre côté, la suppression de l'article enverrait un signal fort au Gouvernement. Si vous refusez la suppression, nous examinerons des amendements qui visent à retarder l'entrée en application de la mesure ou à préciser son contenu. Je ne serais pas opposé à ce que l'on améliore la définition de la pertinence de l'acte. Nous sommes tous d'accord sur l'importance de la pertinence des soins, mais je ne suis pas certain que la méthode proposée soit la bonne. Je vais être à votre écoute.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Cette mesure existe déjà pour les médicaments, ce qui rend les choses parfois très compliquées au comptoir de la pharmacie. Lorsque la prescription ne correspond pas aux recommandations de la HAS, nous sommes obligés de dire au patient qu'il doit payer ; il se trouve ainsi pris en otage.

**M. Thierry Frappé (RN).** C'est une expérience que nous avons vécue dans le corps médical dans les années 1995-2000, où s'appliquaient les références médicales opposables. On devait porter, sur l'ordonnance, la mention « R », pour « référence », ou « HR », pour « hors référence », ce qui compliquait les choses lorsqu'on prescrivait, par exemple, un Doliprane en même temps qu'un médicament anticancéreux. On a fini par abandonner cette règle. J'avais appelé la sécurité sociale, à l'époque, au sujet d'une ordonnance compliquée : « Mettez ce que vous voulez, m'avait-on répondu, de toute façon, on ne vérifie pas. »

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Je crois également nécessaire de supprimer l'article. C'est toujours une mauvaise idée d'essayer d'améliorer la pertinence des soins sous l'angle unique de la réalisation d'économies. Il y a une individualisation de la relation entre le patient et le médecin. La HAS peut établir des normes, on ne sait jamais exactement comment le médecin adaptera le traitement à son patient. Il faut laisser au praticien cette latitude et lui faire confiance, sous peine de créer un enfer bureaucratique, comme on le voit à l'hôpital. Si l'on veut améliorer la pertinence des soins, il faut travailler sur le fond, la formation, le lien avec les lobbies pharmaceutiques plutôt que d'ajouter de la paperasserie et de dérembourser les patients.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Quiconque nourrirait encore un doute sur la suradministration du système de santé n'aurait qu'à passer une journée dans le cabinet d'un généraliste. Or on va ajouter de la contrainte à la contrainte. Je suis le premier à dire qu'il faut rechercher l'efficacité mais, avec une simple enveloppe ISO, on doit être en mesure de mieux soigner les gens. Il faudrait trouver une autre rédaction pour rendre cet article applicable. Le délai est un peu court d'ici à la séance, mais peut-être les sénateurs s'y emploieront-ils.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je ne suis pas très favorable à la suppression de l'article. Voilà vingt ans que l'on parle de la pertinence de la prescription, chaque fois pour dire que c'est trop compliqué ; résultat, on n'a guère avancé sur le sujet. Certes, le système ne fonctionne pas très bien pour les médicaments mais peut-être, pour progresser, faut-il s'appuyer sur l'idée, intéressante intellectuellement, qui inspire la notion de pertinence. En l'occurrence, le patient sera informé que, lorsque la prescription s'écarte des recommandations, il devra assumer un reste à charge – libre à lui, ensuite, d'accepter ou de refuser les produits, actes ou prestations. Peut-être faut-il envisager d'instituer des aides à la prescription pour favoriser la pertinence des actes et l'application des recommandations. Sinon, on n'avancera jamais sur la pertinence et l'efficacité.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Avec une telle mesure, on s'immisce dans la relation entre le patient et le médecin prescripteur, dont le rôle est de déterminer le traitement adéquat. Même si la probabilité que surviennent certains effets secondaires est très faible, elle concerne forcément une personne, pour laquelle il va falloir trouver un autre médicament. Or il n'y a pas de raison que ce patient-là ne puisse pas se faire rembourser. Faisons donc confiance aux médecins et au parcours de soins !

**M. le rapporteur général.** Excepté Mme Vidal, tout le monde s'accorde à reconnaître que cet article pose problème. La situation est déjà très tendue : un médecin reçoit un patient en moyenne toutes les quinze à vingt minutes. Je ne suis pas certain qu'il soit très réaliste de lui imposer une charge administrative supplémentaire. C'est pourquoi je suis plutôt favorable à la suppression de l'article 16, qui mériterait d'être réécrit.

*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 16 est **supprimé** et les amendements AS315 de M. Sébastien Peytavie, AS683 de M. Thibault Bazin, AS20 de M. Jérôme Guedj, AS317 de M. Sébastien Peytavie, AS1600 de M. Yannick Neuder, AS857 de Mme Sandrine Rousseau, AS439 de M. Jérôme Guedj, AS578 de Mme Karine Lebon, AS314 et AS316 de M. Sébastien Peytavie, AS396 de Mme Estelle Youssouffa, AS1601 de M. Yannick Neuder et AS397 de Mme Estelle Youssouffa tombent.*

### **Après l'article 16**

*Amendements identiques AS1325 de Mme Annie Vidal, AS1409 de Mme Nicole Dubré-Chirat et AS1592 de M. Frédéric Valletoux*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je suis très heureuse de défendre cet amendement qui vise à pérenniser l'expérimentation du dispositif autorisant les infirmières à délivrer un certificat de décès. Je rends hommage à nos collègues infirmières, qui avaient beaucoup réfléchi à cette question sous la précédente législature, car cette mesure est très utile en cas de décès à domicile, en particulier dans certaines zones.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Je défends l'amendement AS1409. Le manque de médecins rend parfois difficile de faire établir un certificat de décès. Les pompiers et les gendarmes sont présents, la famille est dans une situation très inconfortable, et rien ne se passe. En outre, en confiant de nouvelles compétences aux praticiens autres que les médecins, nous leur prouvons notre confiance.

**M. le président Frédéric Valletoux.** J'ajoute que plus de 6 000 infirmières ont d'ores et déjà été formées. Les maires savent combien il est précieux de pouvoir faire appel à elles pour l'établissement d'un certificat de décès, en l'absence de médecin.

**M. le rapporteur général.** Il s'agit d'une mesure de bon sens, vertueuse pour la sécurité sociale et humaine pour les familles, qui sont parfois confrontées à de longs délais d'attente, notamment le week-end, pour obtenir un certificat de décès. Je suis donc favorable aux amendements, en invitant cependant leurs auteurs à les réécrire en vue de la séance publique, car leur rédaction n'est pas tout à fait satisfaisante.

**Mme Annie Vidal (EPR).** Je suis d'accord pour réécrire l'amendement ; j'ai d'ailleurs déjà commencé à travailler une nouvelle rédaction.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** L'Association des maires ruraux de France et l'Association des maires de France ont souligné l'importance de cette mesure, notamment pour les adjoints au maire, qui sont parfois obligés de rester sur place plusieurs heures au milieu de la nuit. Sa pérennisation sera donc utile à tous.

**M. Serge Muller (RN).** Je sais, pour avoir travaillé de nombreuses années en tant qu'aide-soignant dans un service de soins, combien il est difficile pour les familles de devoir attendre parfois de longues heures qu'un médecin soit disponible pour établir le certificat de décès avant de voir le corps du défunt. Cependant, si cette mesure reste expérimentale, elle doit absolument être bien encadrée, car le certificat de décès requiert un diagnostic médical.

**M. le rapporteur général.** L'expérimentation a eu lieu ; il s'agit ici de pérenniser le dispositif. Pour apaiser vos craintes, je précise que les infirmières et les infirmiers autorisés à établir un certificat de décès auront suivi une formation préalable.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Cette mesure est également importante en ce qu'elle conforte la reconnaissance du rôle des infirmiers et des infirmières, qui figurent parmi les soignants les plus proches de nos concitoyens, en leur confiant une nouvelle compétence.

*La commission adopte les amendements.*

*Amendement AS1286 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Il s'agit en quelque sorte d'un amendement d'appel. Il se trouve que beaucoup de chirurgiens-dentistes consacrent une partie ou la totalité de leur activité à l'orthodontie alors que l'on rencontre des difficultés dans l'accès aux soins dentaires, faute d'omnipraticiens en nombre suffisant. Il serait donc important que notre commission se saisisse de la question pour étudier ce phénomène sous l'angle non seulement de l'accès aux soins mais aussi du coût qu'il entraîne pour l'assurance maladie.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

La pénurie de chirurgiens-dentistes est réelle. Toutes les pistes qui permettent de favoriser l'accès aux soins dentaires méritent donc d'être explorées, d'autant plus que l'accent est désormais mis sur la prévention et qu'il faut que les professionnels soient en nombre suffisant pour prendre en charge la file active et réaliser les bilans de santé bucco-dentaire proposés par l'assurance maladie, notamment pour les enfants.

**Mme Mélanie Thomin (SOC).** La question de l'accès aux soins dentaires est très sensible, en particulier dans les territoires sous-dotés en chirurgiens-dentistes. Actuellement, les unités de formation et de recherche d'odontologie proposent à des internes de se former au sein des hôpitaux publics pour améliorer l'offre de soins dentaires, mais ces initiatives doivent être accompagnées par l'État. Les collectivités territoriales sont au rendez-vous. Toutefois, elles ne peuvent pas agir à tous les niveaux.

**M. Fabien Di Filippo (DR).** Si je comprends l'amendement, je ne suis pas certain de souscrire aux arguments du rapporteur, car c'est un système de vases communicants : le temps qui sera libéré pour les soins dentaires ne sera plus disponible pour corriger les problèmes orthodontiques des plus jeunes.

En revanche, il est vrai que des fraudes sont parfois organisées à l'échelle de cabinets. Ceux-ci attirent les patients avec la promesse aguicheuse d'un sourire parfait mais emploient de prétendus dentistes, étrangers ou au profil un peu baroque, qui causent des dommages irréversibles. Il convient donc de remettre de l'ordre dans cette spécialité ; un tel amendement peut sans doute y contribuer.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Nous devons nous assurer, si nous adoptons cet amendement, que le patient ne découvrira pas que les soins proposés par le praticien ne lui seront finalement pas remboursés. Dès lors que l'on a affaire à des dentistes qui pratiquent l'orthodontie sans avoir obtenu le diplôme de spécialisation, on peut s'interroger sur leur volonté d'informer correctement le patient.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Sommes-nous certains que les dentistes diplômés en orthodontie sont suffisamment nombreux pour absorber le volume des soins à réaliser ? Je pense en particulier aux déserts médicaux : il ne faudrait pas que l'accès aux soins d'orthodontie devienne impossible. Un chirurgien-dentiste m'a écrit que 5 % seulement de ses

confrères exercent cette spécialité. Je me méfie des effets de bord de ce type de mesures. Je souhaiterais donc obtenir des précisions sur ce point.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** J'entends ces interrogations. C'est pourquoi j'ai indiqué qu'il s'agissait d'un amendement d'appel. Je crois néanmoins qu'une telle mesure permettrait de réaliser pas mal d'économies, lesquelles méritent néanmoins d'être évaluées tout comme les conséquences de ladite mesure sur l'accès aux soins.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Je propose que nous créions une mission sur ce thème. On voit bien l'intérêt que présenterait une étude des mécanismes de fonctionnement, des financements et des enjeux en matière de formation.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Si nous voulons éviter les effets de bord d'une telle mesure, il me paraît en effet pertinent que notre commission l'étudie au préalable.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Madame Rist, si nous créons une mission sur le problème que vous soulevez, acceptez-vous de retirer l'amendement ?

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Oui, je vais le retirer.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous allons donc inscrire cette question à l'ordre du jour de la prochaine réunion du bureau de la commission, et nous y reviendrons après l'examen du PLFSS.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS1575 de M. Frédéric Valletoux*

**M. le président Frédéric Valletoux.** Afin de progresser dans le domaine de la pertinence des soins, je propose que le Gouvernement remette au Parlement, chaque année, en amont de l'examen du PLFSS, deux rapports qui mesurent et décrivent l'évolution de la pertinence des soins, par spécialité, par pathologie et par type d'actes. Le premier rapport, remis avant le 15 septembre, dresserait le bilan des mesures prises l'année précédente et fixerait, en lien avec la HAS, des objectifs chiffrés pour celle à venir. Le second rendrait compte des travaux réalisés par le Haut Conseil des nomenclatures, chargé de décrire et de hiérarchiser les actes en vue de leur remboursement.

**M. le rapporteur général.** On ne peut pas être contre un plan d'action en faveur d'une meilleure pertinence des soins. Avis favorable.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Sur le fond, j'approuve l'amendement, mais il me semble qu'il est interdit au Parlement d'adresser des injonctions au Gouvernement. L'amendement ne rentre-t-il pas dans cette catégorie ?

**M. le président Frédéric Valletoux.** Il ne s'agit pas d'une injonction, me dit-on.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Compte tenu du peu de prise que nous avons sur un texte aussi technique que le PLFSS, ne serait-il pas préférable de disposer de ces éléments avant le 15 septembre ?



**M. le président Frédéric Valletoux.** La question de la date ne me paraît pas essentielle : l'important est de disposer de ces éléments avant l'examen du texte. Fixons donc le 15 septembre comme une date limite.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Ne faudrait-il pas confier ces rapports à une entité indépendante du ministère plutôt qu'au ministère lui-même, qui pourrait être tenté d'orienter nos travaux en omettant certaines informations ?

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Votre amendement souligne, en creux, les carences du PLFSS en matière de politique de santé publique ou, si l'on veut, de l'assurance maladie. Cette année, le texte ne comporte quasiment aucune mesure de prévention. L'an dernier, y figuraient, même si l'on en pense ce qu'on veut, les rendez-vous de prévention, les mesures relatives aux infections sexuellement transmissibles, le remboursement des protections menstruelles, le dépistage du papillomavirus...

Au fond, votre amendement plaide en faveur – et nous sommes tous d'accord sur ce point – de l'examen à un rythme triennal, par exemple, d'un projet de loi d'orientation de la santé qui fixerait des objectifs de santé publique à partir des besoins, objectifs dont la mise en œuvre serait ensuite détaillée dans le PLFSS.

Nous sommes donc favorables à l'amendement, puisqu'il revient à mettre un pied dans la porte. Ces rapports – complémentaires du rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie, qui nous est remis au mois de juillet – pourraient alimenter nos travaux dans une perspective de coconstruction, même si, encore une fois, il serait souhaitable, de manière générale, de partir des besoins plutôt que d'être soumis à une approche comptable de la sécurité sociale.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je soutiens cet amendement. Nous ne pourrions pas faire l'économie d'une refonte complète de notre système de santé : on ne peut pas se contenter de replâtrages successifs. Il faut une loi pluriannuelle fondée sur des indicateurs, qui prenne en compte la territorialisation, un décloisonnement du public et du privé et des protocoles de soins évalués. Au moins cet amendement apporte-t-il une pierre à l'édifice qu'il nous faut construire si nous voulons éviter de nous en remettre à une maîtrise comptable aveugle qui n'apportera aucune solution.

**M. le rapporteur général.** Je souscris aux propos de M. Vigier. La rédaction de l'amendement est peut-être imparfaite, mais il a le mérite d'apporter une pierre à l'édifice en contribuant à une amélioration de la pertinence des soins.

Madame Amiot, j'entends vos réticences, mais nous avons une administration structurée. Commençons à travailler avec la direction de la sécurité sociale : nous pourrions toujours demander, le cas échéant, une évaluation indépendante. Un plan d'action annuel en faveur de la pertinence des soins – dont l'importance est soulignée sur tous les bancs – ne peut pas nuire à notre objectif de renforcer leur efficacité. Il n'est pas forcément nécessaire de dépenser plus pour soigner mieux.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** En tout cas, on se réjouit que cet amendement ait été déclaré recevable !

*La commission adopte l'amendement.*

La réunion est suspendue de dix-sept heures trente à dix-sept heures cinquante.

**Article 17** : *Améliorer l'efficacité des dépenses de transports de patients*

*Amendement de suppression AS451 de M. Paul-André Colombani, amendement AS452 de M. Paul-André Colombani et sous-amendement AS1613 de M. Yannick Neuder*

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Je propose de supprimer l'article 17, car je crains que la recentralisation de la négociation qui nous est proposée au prétexte de mieux réguler l'augmentation des tarifs ne se fasse au détriment des territoires les moins dotés. Toutefois, si cette disposition était maintenue, il conviendrait à tout le moins – et c'est l'objet de l'amendement AS452 – qu'il soit tenu compte, dans la convention cadre, des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transport sanitaire dans chaque département.

À titre d'exemple, le nombre de taxis pour 100 000 habitants est en moyenne de 58,7 en France, mais il n'est de 6 à Mayotte quand il est de 249 à Paris. Les inégalités d'accès sont donc importantes. Prenons garde de ne pas compliquer davantage encore l'accès aux soins dans certains départements.

**M. le rapporteur général.** Il est vrai que, sur le plan des transports en commun, la situation d'une métropole n'est pas comparable à celle d'un département rural ou à celle de la Corse et des territoires d'outre-mer. Il me paraît donc pertinent d'adapter les critères définis dans la convention aux spécificités locales. C'est pourquoi je suis favorable à l'amendement AS452 plutôt qu'à l'amendement AS451, sous réserve de l'adoption du sous-amendement AS1613, qui tend à mentionner également les territoires d'outre-mer.

*L'amendement AS451 est retiré.*

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement AS452 sous-amendé.*

*Amendement AS306 de M. Sacha Houlié*

**M. Sacha Houlié (NI).** Il s'agit de mieux encadrer les dépenses de transport sanitaire en taxi, lesquelles représentent la moitié des 6 milliards d'euros que les transports sanitaires coûtent à l'assurance maladie. Ainsi proposons-nous d'ajouter aux éléments que l'article 17 vise à intégrer dans la convention conclue entre l'organisme d'assurance maladie et l'entreprise de taxi la géolocalisation des trajets et la certification des flux de données, qui sont déjà imposées aux ambulanciers.

**M. le rapporteur général.** Je suis favorable à votre amendement, sur le fond. Mais l'amendement AS1407 de Mme Rist, qui tend à imposer également la généralisation des dispositifs de facturation intégrée, me semble plus complet. Je vous invite donc à le retirer ; à défaut, avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS330 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Dans les zones rurales, la présence de transports sanitaires est un facteur crucial de l'accès aux soins, en particulier pour les personnes âgées et à mobilité réduite. Les trajets qui font l'objet d'une convention avec l'assurance maladie y représentent jusqu'à 90 % de l'activité de certaines entreprises de taxi. Il convient donc que les conventions-types prennent en compte les caractéristiques des zones rurales et les besoins de

la population afin que les usagers comme les chauffeurs de taxi puissent y trouver leur compte.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement est satisfait par l'adoption de l'amendement AS452. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS329 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Il s'agit de garantir que le conventionnement intègre pleinement tous les frais liés aux transports sanitaires de patients et prenne en compte l'aide humaine nécessaire lorsque la mobilité des passagers est réduite. Dans un contexte de vieillissement de la population, le virage ambulatoire contribue à la multiplication des trajets entre le domicile et les établissements de santé. On ne peut pas inciter les patients à regagner leur domicile le plus tôt possible et s'étonner que le coût des transports augmente.

**M. le président Frédéric Valletoux.** C'est du bon sens !

**M. le rapporteur général.** Je comprends que vous souhaitiez que le temps d'attente et d'installation du patient soit rémunéré, car cet accompagnement est souvent indispensable : une personne âgée ou handicapée ne peut se rendre seule à un rendez-vous hospitalier. Toutefois, cette rémunération ne peut pas être incluse dans le tarif kilométrique, comme vous le proposez ; elle doit se faire au forfait.

Demande de retrait, donc ; à défaut, avis défavorable.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Je prends bonne note de votre remarque : nous nous efforcerons de réécrire l'amendement dans le sens que vous indiquez. Néanmoins, je maintiens l'amendement car l'enjeu est important.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Il serait intéressant d'évaluer le dispositif des transports sanitaires partagés, instauré l'an dernier – contre l'avis de notre groupe, du reste. En effet, de nombreux professionnels de santé m'ont fait savoir que, pour contourner le dispositif, il arrivait qu'on prescrive un transport allongé, même si celui-ci n'est pas nécessaire.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS1407 de Mme Stéphanie Rist et sous-amendement AS1614 de M. Yannick Neuder.*

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Nous proposons, dans un souci de justice, d'étendre aux taxis les astreintes liées à la règle de suivi géographique, déjà applicable aux autres acteurs du transport sanitaire. Cette obligation permettrait de sécuriser les professionnels et de lutter contre la fraude, dont le montant dépasse 34 milliards d'euros.

J'insiste cependant sur le rôle important que jouent les transports sanitaires dans l'accès aux soins. Sans doute serait-il judicieux, du reste, de faire évoluer ces métiers dans cette optique.

**M. le rapporteur général.** Le sous-amendement est purement rédactionnel.

J'étais très opposé à une régulation des transports sanitaires qui ne tienne pas compte des besoins des patients selon les spécificités du territoire où ils vivent. En l'absence de transports en commun, supprimer le transport sanitaire revient en effet à supprimer l'accès aux soins – je pense notamment à des soins récurrents tels que les dialyses, les chimiothérapies ou les radiothérapies. Toutefois, il convient d'encourager le transport partagé si l'état du patient le permet et, bien entendu, de lutter contre la fraude.

Avis favorable donc, sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je soutiens bien entendu cet amendement.

Il faut rappeler le rôle fondamental que jouent les transports sanitaires au service des patients. Certains de ces professionnels trichent, c'est vrai, mais la plupart d'entre eux remplissent correctement leur mission. En tout état de cause, la géolocalisation des trajets améliorera la traçabilité et contribuera à une meilleure efficacité du dispositif. Il faut répondre aux besoins des patients qui, pour certains, n'ont d'autre choix que de recourir à ce service pour avoir accès aux soins.

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

*Amendement AS566 de M. Cyrille Isaac-Sibille*

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cet amendement – auquel M. Isaac-Sibille tient beaucoup, à juste titre – est sans doute satisfait par l'adoption de l'amendement AS1407.

**M. le rapporteur général.** Il l'est, en effet. Je vous invite donc à le retirer.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS331 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Il paraît nécessaire de consulter l'intégralité des acteurs impliqués dans les transports sanitaires avant d'établir la convention-cadre nationale. Je pense bien sûr aux décideurs, aux bénéficiaires de ces transports, notamment aux personnes en situation de handicap, mais également aux associations de malades et aux collectivités locales, qui connaissent bien les spécificités de certains territoires ruraux.

**M. le rapporteur général.** Il me semble effectivement essentiel d'associer les usagers en fonction des particularités qu'ils présentent, notamment en termes de handicap et de besoin d'accompagnement. Je me demande cependant s'il ne serait pas plus pertinent d'intégrer les associations d'usagers à l'échelon local. Il paraît en effet plus efficace de consulter ceux qui connaissent mieux le terrain, car les difficultés de tel ou tel territoire rural ou de montagne peuvent échapper aux instances nationales qui regardent les choses depuis Paris. Je donnerai toutefois un avis favorable à votre amendement si vous le modifiez en ce sens en vue de la séance.

Permettez-moi de revenir à l'amendement AS329, qui vise à intégrer dans les indemnités kilométriques des éléments sans lien avec la distance parcourue. Bien que notre commission l'ait adopté, j'invite ses auteurs à le réécrire afin de facturer l'accompagnement du patient et l'accomplissement des démarches administratives sous la forme d'un forfait. Ne

facturons pas au titre des indemnités kilométriques des kilomètres qui ne sont pas réalisés ! Dans sa rédaction actuelle, je serais étonné qu'une telle proposition soit adoptée en séance.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Compte tenu du temps passé à monter un fauteuil électrique dans un véhicule, il s'agit là d'un gros sujet ! Alors que nombre de taxis ont été adaptés aux personnes à mobilité réduite en prévision des jeux Paralympiques, beaucoup refusent aujourd'hui les personnes en situation de handicap, même sur réservation, parce que leur prise en charge prend trop de temps. La facturation d'un forfait me paraît être une bonne solution : nous rectifierons donc notre amendement en ce sens.

**M. le rapporteur général.** Le forfait est bien plus juste. N'incitons pas les taxis à la fraude en leur proposant de déclarer des kilomètres à tort en contrepartie du temps passé à l'attente, l'installation et la désinstallation du patient !

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 17 modifié.*

### **Après l'article 17**

*Amendement AS1395 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Je propose de supprimer la prise en charge, par l'assurance maladie, des tests de dépistage et de détection du covid-19 réalisés sans prescription médicale. Il s'agirait d'un retour au droit commun.

**M. le rapporteur général.** Je m'interroge simplement sur l'impact d'une telle mesure sur la stratégie vaccinale, puisque le fait d'avoir contracté le covid peut décaler la date du prochain rappel de vaccination. Or, si l'on n'effectue pas de test, on ne peut pas savoir si l'on est atteint par la maladie ! Je comprends cependant l'esprit de votre amendement, auquel je donne un avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS1405 de Mme Stéphanie Rist et sous-amendement AS1615 de M. Yannick Neuder*

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** À la suite de la suppression, par un arrêté pris en juin dernier, de l'adressage préalable d'un médecin ou d'une sage-femme pour accéder à un psychologue dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, il convient de sécuriser la prise en charge de ces consultations par l'assurance maladie.

**M. le rapporteur général.** Afin de favoriser l'accès à un psychologue dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, il a effectivement été décidé de supprimer l'adressage médical. La prise en charge de ces consultations repose actuellement sur une lettre de couverture rédigée par le Gouvernement en juin 2024. Il nous revient désormais de régulariser la situation *a posteriori* et de sécuriser dans la loi ce mode d'accès à un psychologue, sachant qu'une revalorisation des tarifs a également été accordée.

Je souhaite profiter de cette régularisation pour mesurer l'impact de la suppression de l'adressage médical. Il serait intéressant de savoir si cette disposition modifie la prise en charge des patients et, par exemple, si les taux de médicalisation et d'hospitalisation évoluent.

Tout cela nous renvoie, finalement, à nos discussions récurrentes sur le statut des psychologues.

Sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement, je donne un avis favorable à l'amendement de Mme Rist.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** J'explique depuis longtemps que le dispositif Mon soutien psy pose plusieurs problèmes, à commencer par l'adressage médical. Je me félicite que cet obstacle soit levé. Cependant, n'oublions pas que le dispositif ne concerne que les troubles légers et modérés : je ne vois donc pas, monsieur le rapporteur général, l'intérêt d'étudier l'évolution du taux d'hospitalisation.

Se pose toujours la question de la pertinence du dispositif, auquel recourent généralement des personnes qui auraient eu les moyens de payer les consultations. Les 170 millions qui lui sont consacrés ne seraient-ils pas plus utiles aux centres médico-psychologiques (CMP) et aux centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), qui assurent un suivi des patients sur le long terme mais sont en grande difficulté ? Si ces institutions fonctionnaient correctement – ce qui n'est pas le cas –, il serait opportun d'y envoyer les personnes souffrant de troubles légers, pour quelques séances.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Le dispositif Mon soutien psy vise à répondre à des problèmes excessivement légers, puisqu'il ne faut pas être malade pour en bénéficier. Les personnes atteintes de dépression, par exemple, ne sont pas concernées. En revanche, les patients ayant besoin d'un cadre médical n'ont plus accès aux soins. Dans ma circonscription, l'hôpital de Blain – l'un des derniers qui accueille encore des patients, même en provenance d'autres départements dépourvus de structures d'accueil en psychiatrie – est en train de fermer des lits. Peut-être faudrait-il donc réorienter ces 170 millions d'euros vers la prise en charge des personnes ayant réellement besoin de soins.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Ce débat pose la question du nombre de psychologues exerçant dans notre pays, de leur formation et de l'accès aux soins. Mon soutien psy, auquel participent des psychologues volontaires, est un dispositif pragmatique, puisqu'il vise à améliorer l'accès aux soins, et social, parce qu'il s'adresse en particulier à ceux qui n'ont pas les moyens de payer des consultations – je pense notamment aux étudiants.

Il me paraît difficile, monsieur le rapporteur général, de lancer les études qui vous intéressent dans le cadre d'un rapport. À chaque fois, on risque de fragiliser les accès directs. Les psychologues sont assez compétents pour savoir s'ils peuvent prendre en charge la personne qui se présente à eux ou si son état justifie de l'envoyer consulter un médecin. Je m'abstiendrai donc lors du vote de votre sous-amendement.

**M. Louis Boyard (LFI-NFP).** Lorsqu'elle était ministre de l'enseignement supérieur, Mme Frédérique Vidal avait promis le doublement du nombre de psychologues présents dans les universités. En réalité, cette mesure n'aurait permis que de nommer un psychologue dans chaque université, ce qui paraît encore insuffisant. Or cet engagement n'a pas été respecté. Les collègues ayant soutenu les gouvernements précédents, ou ceux ayant plus de liens que moi avec la Macronie, pourraient-ils me dire ce qu'il est advenu de cette immense promesse, qui était censée prouver la bonne volonté du Gouvernement dans la lutte contre la dégradation de la santé mentale des jeunes ?

*La commission adopte successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

*Amendements AS77 de Mme Pascale Got, AS1015 de M. Max Mathiasin et AS318 de M. Sébastien Peytavie (discussion commune)*

**Mme Béatrice Bellay (SOC).** L'amendement AS77 vise à expérimenter, dans trois régions – la Guadeloupe, la Martinique et la Nouvelle-Aquitaine – et pour une durée de trois ans, la conclusion de conventions avec les entreprises proposant un service de transport de personnes à mobilité réduite (TPMR). Ces dernières sont dans une situation fragile alors qu'elles assurent presque un service public, au vu de l'insuffisance de l'offre de transport médicalisé et de la pénurie de taxis. L'expérimentation proposée permettrait de laisser à ces entreprises, à qui des investissements importants sont demandés, le temps de se structurer, tout en garantissant le transport des personnes atteintes d'un cancer, d'une affection psychiatrique ou sous dialyse dans de bonnes conditions. Il faut éviter, par exemple, un départ à quatre heures du matin et un retour à domicile à dix-neuf heures pour seulement deux heures de soins, comme cela arrive en Martinique.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Il faut absolument mettre en place une telle expérimentation, comme vient de l'expliquer Mme Bellay et comme le propose M. Mathiasin dans son amendement AS1015.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Il convient d'autoriser à titre expérimental les entreprises TPMR à effectuer des missions de transport sanitaire. Lorsque mon train est bloqué et que la suite du trajet est assurée en bus, je dois appeler une ambulance qui vient me chercher, avec mon fauteuil électrique, pour me conduire à destination. Une telle situation peut s'avérer très compliquée ; dans certaines localités, elle pose même de sérieux problèmes. L'expérimentation proposée contribuerait à la lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes en situation de handicap ou atteintes de certaines maladies.

**M. le rapporteur général.** Ces trois amendements visent à expérimenter, dans trois régions, un cadre juridique propre aux entreprises TPMR et à garantir le remboursement aux usagers des frais de transport correspondants. Il s'agit là d'un enjeu réel car nous manquons de véhicules sanitaires susceptibles d'assurer le transport – et donc l'accès aux soins – des personnes handicapées. En favorisant les entreprises spécialisées dans le transport de personnes à mobilité réduite, nous leur permettrions effectivement de s'organiser pour effectuer ces transports sanitaires. Le principe d'une expérimentation ne pose pas de problème. Je trouve même que c'est une bonne idée : j'émet donc un avis favorable sur le fond.

Sur la forme, en revanche, vos trois amendements ne sont pas identiques et leur rédaction pourrait être améliorée. Je leur donne un avis favorable, comme je viens de l'annoncer, pour ne pas bloquer cette avancée, mais je vous invite vraiment à les retravailler, éventuellement dans le but d'aboutir à une rédaction commune.

Peut-être pourrions-nous envisager, en séance, d'élargir un peu cette expérimentation. Il est bon que cette dernière concerne trois départements d'outre-mer, mais je vous invite à y inclure aussi d'autres départements confrontés à des problèmes identiques. J'ai quelques idées...

**Mme Béatrice Bellay (SOC).** J'ai proposé la Nouvelle-Aquitaine, qui n'est pas une région d'outre-mer !

**M. le rapporteur général.** Cessez de m'agresser, madame Bellay ! Un autre jour, vous m'avez déjà expliqué gentiment que l'outre-mer n'était pas monolithique, ce que je n'avais jamais dit... J'avais bien compris que vous pensiez à la Nouvelle-Aquitaine, mais vous avez réagi de manière si prompte que je n'ai même pas eu le temps de terminer ma phrase ! J'allais dire qu'il serait de bon ton de sélectionner trois départements aux spécificités marquées – la ruralité ou la situation en zone de montagne, par exemple – afin que l'expérimentation soit la plus objective possible.

*La commission adopte l'amendement AS77.*

*En conséquence, les amendements AS1015 et AS318 tombent.*

*Amendements AS1160, AS1163 et AS958 de M. René Lioret*

**M. René Lioret (RN).** Ces amendements visent à lutter plus efficacement contre les fraudes au transport sanitaire. Ils ne ciblent pas les patients, mais plutôt les prestataires de services. Les principales infractions constatées sont l'absence d'agrément, la facturation de transports fictifs, la fausse facturation, l'exercice illégal de l'activité et la facturation non conforme à la délivrance. Les 34 millions d'euros de fraudes détectées en 2023 – un chiffre en hausse de 80 % par rapport à 2018 – ne sont bien sûr que la partie émergée de l'iceberg.

L'amendement AS1160 vise à obliger les entreprises de transport sanitaire à équiper leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation. Les données, stockées et consultables par l'assurance maladie, permettront de vérifier la réalité et la durée des trajets effectués. Les entreprises seront également tenues d'établir un rapport mensuel des déplacements effectués pour des patients couverts par l'assurance maladie, mentionnant à chaque fois la distance parcourue, la durée du trajet et le motif du transport.

L'amendement AS1163 porte davantage sur le bon usage des transports médicaux. Il vise à traquer les prescriptions médicales abusives et l'utilisation non justifiée des services de transport pris en charge par l'assurance maladie.

Quant à l'amendement AS958, il vise à mieux informer les praticiens et les patients quant aux solutions autres que le transport en véhicule sanitaire léger ou en ambulance. Il faut en effet rappeler que les patients qui en sont capables peuvent aussi utiliser leur véhicule personnel, voire emprunter les transports en commun. Il conviendrait de promouvoir, dans ce cas, une meilleure indemnisation kilométrique car le système actuel ne prévoit un remboursement qu'à partir de 50 kilomètres.

**M. le rapporteur général.** Il est vrai que l'assurance maladie a détecté 34 millions d'euros de fraudes dans les transports sanitaires en 2023. Je partage votre objectif de lutter contre ce phénomène.

Votre amendement AS1160 est partiellement satisfait par l'adoption, à l'article 17, d'un amendement imposant la géolocalisation des véhicules et l'utilisation d'un dispositif intégré de facturation. Je vous demande donc de le retirer ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.



Pour être honnête, je n'ai pas très bien compris les modalités du dispositif prévu par votre amendement AS1163.

**M. René Lioret (RN).** Cet amendement concerne plutôt les patients dont les droits sont arrivés à échéance. Un médecin peut prescrire un transport médical pour plusieurs mois, voire pour un an ; dès lors que l'ordonnance est périmée, le patient doit demander une nouvelle prescription. C'est ainsi que les choses se passent pour les médicaments ; le transport sanitaire ne doit pas échapper à cette règle.

**M. le rapporteur général.** Lorsqu'une ordonnance arrive à terme, elle doit être renouvelée – il faut donc une nouvelle validation médicale. Vous évoquez le cas d'un patient ayant obtenu, en raison de son état, une prescription de transport médicalisé, mais dont l'état de santé se serait amélioré. Comment le transporteur pourrait-il justifier le fait que la condition physique du patient ne lui permet plus d'être pris en charge ? Je comprends votre préoccupation, mais je ne sais pas comment y répondre en droit. Faudrait-il imposer au patient de revoir le médecin ? Ou doter le transporteur sanitaire d'un logiciel de contrôle des prescriptions ?

**M. René Lioret (RN).** Un patient ne peut pas obliger un transporteur à le véhiculer sur le fondement d'un document qui n'est plus valable. Mais je retire cet amendement, ainsi que le précédent.

**M. le rapporteur général.** De toute façon, le transporteur ne peut accepter un bon de transport périmé.

J'en viens à votre amendement AS958. Je ne peux pas être contre la diffusion d'un guide de bonnes pratiques, mais ces dernières sont déjà connues des associations de patients, des transporteurs et de la communauté médicale. Je ne suis donc pas sûr que cette mesure améliore l'efficacité des transports de santé. Concentrons nos efforts sur la lutte contre la fraude !

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement AS958, les amendements AS1160 et AS1163 ayant été retirés.*

*Amendement AS1603 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Plusieurs études, menées notamment par des équipes lyonnaises, ont montré que la réalisation d'un scanner thoracique en faible dose par les fumeurs âgés de plus de 50 ans permettait la détection de tumeurs pulmonaires débutantes et réduisait donc le risque de décès à la suite d'un cancer du poumon. Ce risque à dix ans serait réduit de 24 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes. La HAS a été saisie de ce sujet en 2022, mais il me paraît souhaitable d'engager au plus vite une expérimentation de tels dépistages à grande échelle. J'ajoute que les scanners thoraciques en faible dose permettent aussi de réaliser un score calcique et donc de dépister la maladie coronaire.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Je participe, en tant que patiente, à une étude scientifique consacrée aux femmes fumeuses de plus de 50 ans ; dans ce cadre, je passe un scanner tous les ans. Il me semble cependant prématuré d'inscrire ces dépistages dans la loi alors que les études sont en cours et que tous les résultats n'ont pas été publiés.

**Mme Sandrine Runel (SOC).** Nous sommes évidemment favorables à cet amendement, qui encourage la prévention. Il convient en effet de dépister les maladies le plus tôt possible. Toutefois, madame Rist, à près de 30 euros le paquet de cigarettes, il vaudrait mieux arrêter de fumer !

**M. le rapporteur général.** J'ai cité des chiffres, madame Rist : un dépistage précoce réduit le risque de décès à dix ans à la suite d'un cancer du poumon de 24 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes. Les conclusions de ces études ont été publiées, ce qui n'empêche pas d'autres études, portant sur des populations ciblées, d'être menées. Il est donc possible de commencer une expérimentation, qui pourrait d'ailleurs prendre différentes formes ; ainsi, pour aller au contact des populations, des scanners pourraient être embarqués dans des camions.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendements identiques AS326 de M. Sébastien Peytavie et AS1068 de M. Hadrien Clouet*

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** La question des besoins des étudiants en consultations psychologiques a été soulevée tout à l'heure. En cas de troubles graves, les huit séances proposées dans le cadre du dispositif Mon soutien psy ne suffiront pas, mais cela ne signifie pas pour autant qu'une consultation médicale en psychiatrie est nécessaire. Les psychologues ont été formés pour gérer des situations complexes – je ferai d'ailleurs remarquer qu'au cours de leur formation, ils ont suivi plus d'heures de spécialité que les médecins psychiatres. Toute la question est de savoir comment accompagner la souffrance psychologique et en sortir autrement que par un traitement médicamenteux.

Sur les trente psychologues formés dans ma promotion, en 2006, seuls dix ont trouvé un travail. Pour ma part, pendant près de dix ans, il a fallu que je cumule quatre emplois, non parce qu'il n'y avait pas de besoins, mais parce que les structures n'avaient pas les moyens d'embaucher. J'étais payé 820 euros par mois pour un mi-temps alors que j'avais un diplôme de niveau bac + 5. Le recrutement et la rémunération des psychologues sont donc aujourd'hui des questions essentielles, qu'il convient de régler afin que les CMP et CMPP aient la possibilité de recruter davantage de professionnels, mieux payés, à même d'assurer un suivi psychologique de qualité sur le long terme.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Au travers de l'amendement AS1068, nous souhaitons obtenir un rapport consacré au dispositif Mon soutien psy. Ce dernier a beaucoup évolué – le nombre de séances possibles est notamment passé de huit à douze –, et nous constatons que seuls 11 % des bénéficiaires sont en situation de précarité. Ce dispositif ne rate-t-il pas sa cible ?

Une prise en charge est déjà possible dans le cadre des CMP, pour les adultes, ou des CMPP, pour les mineurs, mais ces structures sont surchargées. Or les crédits alloués à Mon soutien psy permettraient de financer 2 500 postes supplémentaires – quatre fois plus que les 800 postes récemment créés en CMP, qui restent insuffisants – et ainsi de prendre en charge davantage de patients et de situations.

**M. le rapporteur général.** Je veux bien donner un avis favorable à cette demande de rapport, mais peut-être serait-il préférable de sous-amender en séance l'amendement que j'ai moi-même déposé à cet effet. Une évaluation globale aurait sans doute plus de sens.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Le rapport devra mesurer l'effet d'éviction exercé par le dispositif Mon soutien psy sur les prises en charge en CMP.

*La commission adopte les amendements.*

*Amendement AS1139 de Mme Élise Leboucher*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Par cet amendement d'appel, nous souhaitons interpellier le Gouvernement au sujet du dépistage des cytomégalovirus, absolument bénins pour les hommes mais potentiellement gravissimes pour les femmes enceintes puisqu'ils peuvent provoquer, chez les bébés, des séquelles durables telles que des insuffisances hépatiques, des troubles neurologiques sévères, des handicaps mentaux, une surdité bilatérale ou des retards psychomoteurs. Il convient donc de renforcer le dépistage de ce virus afin de protéger les nourrissons.

**M. le rapporteur général.** En février, le Haut Conseil de la santé publique a rendu un avis défavorable au dépistage systématique. Je sais que Mme Rist est très impliquée sur ce sujet, je préfère l'entendre avant d'émettre un avis.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** L'Académie nationale de médecine s'est prononcée très récemment en faveur du dépistage. L'an dernier, nous avons adopté un amendement visant à solliciter l'avis de la HAS ; celui-ci devrait être rendu avant la fin de l'année – au regard des données scientifiques, il devrait être positif. L'automatisme résoudrait un problème d'inégalités sociales.

**M. le rapporteur général.** Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 18 : Plafonnement des rémunérations des personnels non médicaux exerçant en intérim**

*Amendement AS558 de M. Philippe Vigier*

**M. Philippe Vigier (Dem).** Chacun se plaint de la bureaucratie, toujours plus tatillonne. L'Allemagne compte 21 % de personnels administratifs dans les hôpitaux, la France 31 %. L'amendement vise à augmenter la proportion des soignants en optimisant les ressources humaines. Nous souhaitons même instituer un copilotage mené par un soignant et un administratif.

**M. le rapporteur général.** Je souscris à la nécessité de débureaucratiser les hôpitaux mais il faut veiller à la véracité des chiffres. Ceux de l'Organisation de coopération et de développement économiques sont souvent cités, mais on peut adopter d'autres modes de calcul, en détaillant la part des secrétaires médicales, des brancardiers et des ouvriers logisticiens. Pour atteindre votre objectif, il faudrait plutôt faire en sorte que le ministère demande moins de données aux ARS, qui en demanderont donc moins aux hôpitaux. Les administratifs travaillent et les hôpitaux ne les emploient pas par plaisir. Si on institue des quotas sans diminuer la charge administrative, les établissements subiront une double contrainte. Monsieur Vigier, je vous propose de rédiger un amendement commun en ce sens.

**M. Thibault Bazin (DR).** Je soutiens l'appel de Philippe Vigier. Quand j'ai exprimé la même demande à la ministre de la santé et de l'accès aux soins, elle m'a reproché de

vouloir supprimer les secrétaires médicales ; or ce n'est pas du tout mon intention. Il faut partager les efforts tout en préservant la première ligne. Nous devons simplifier certaines obligations sans intérêt pour le patient. Elles relèvent souvent du domaine réglementaire.

On estime la répartition à 60 % de soignants et 40 % d'administratifs. La ministre a expliqué que ces derniers se répartiraient à égalité entre le secrétariat et les autres tâches ; M. Vigier proposant un plafond de 25 %, cela préserve largement les 20 % de secrétaires.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** On ne résoudra pas la bureaucratisation des administrations en employant des méthodes bureaucratiques. Les soignants passent un temps de malade à rendre des comptes à cause notamment de la T2A. Il en va de même dans la recherche. On a voulu diminuer le temps administratif des laboratoires mais les appels d'offres se multiplient, comme les rapports et les demandes de financement. Les administratifs font des burn-out : certains laboratoires n'en ont plus et ne peuvent plus répondre aux appels d'offres.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Il faut diminuer le nombre d'administratifs dans les hôpitaux. Dans celui où je travaille, 50 % d'entre eux sont des secrétaires médicales, sans qui nous ne pourrions pas soigner les malades. Pour que les hôpitaux emploient moins de personnel administratif, il faut que le ministère arrête de demander aux ARS des données administratives, pour que les ARS arrêtent d'en demander aux hôpitaux. J'ajoute que la HAS a créé une machinerie à certification qui, à elle seule, exige le travail de huit personnes dans un établissement moyen.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je défendrai ultérieurement un amendement encore plus restrictif. On parle beaucoup de la suradministration mais on n'agit jamais, alors qu'elle réduit le temps médical. Je ne dis pas que le personnel administratif ne travaille pas mais une réforme de simplification est indispensable. De tels amendements ont une portée symbolique mais ils ont le mérite d'ouvrir le débat.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Naturellement, baisser le nombre d'administratifs implique de diminuer la charge administrative. J'ajoute que trop d'administration tue l'initiative des médecins en les entravant. Je vous invite à regarder l'évolution du cadre d'emploi : la courbe est nettement ascendante.

**M. le rapporteur général.** Avis défavorable. Diminuons d'abord l'administration en centrale – je préfère taper en haut que sur les établissements.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Il ne faudrait pas renvoyer la balle aux hôpitaux, qui sont au bout de la chaîne, et faire comme s'ils inventaient la suradministration.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je veux bien déposer un amendement pour l'examen en séance, mais je favorise la remontée – je n'attends pas que les changements descendent d'en haut. Les territoires sont capables de montrer qu'on peut faire mieux, avec moins d'administratifs et plus de soignants.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS21 de M. Jérôme Guedj*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Le coût de l'intérim paramédical explose à l'hôpital : en cinq ans, il est passé de 133 millions à 460 millions d'euros. L'article 18 va dans le bon sens.

Toutefois, il prévoit que le plafonnement sera envisageable lorsqu'il existe « une tension sur les ressources », or le terme n'est pas défini. J'ajoute qu'il faut limiter le recours à l'intérim, quelles que soient les ressources disponibles. L'amendement vise à supprimer cette condition.

*Contre l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS23 de M. Jérôme Guedj*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Dans son récent rapport « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics », la Cour des comptes recommande que chaque ARS prévoie un contingent de contrats intérimaires pour plafonner leur nombre à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire tout en l'adaptant à la situation. Dans certains hôpitaux, 30 % des membres de l'équipe sont contractuels ou intérimaires, il faut réduire cette proportion.

**M. le rapporteur général.** Nous venons d'évoquer la suradministration : je crains qu'un tel dispositif ne soit très compliqué à déployer. Nous voulons tous limiter l'intérim paramédical qui fait exploser les coûts de fonctionnement des structures, mais il faut trouver un autre moyen.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

**M. le président Frédéric Valletoux.** Nous sommes nombreux à vouloir favoriser l'autonomie des établissements et celle des équipes dirigeantes, dont les médecins font partie, et à vouloir faire confiance au dialogue social. Tout faire régenter par les ARS est contraire à la responsabilisation.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** J'ai mal défendu l'amendement. Le dispositif est ainsi rédigé : « la part des contrats de recrutement temporaire conclus par lesdits établissements et lesdits services [peut] être plafonné[e] ». Cela ne nécessite aucune machinerie administrative.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendements AS774 de M. Yannick Monnet et AS 772 de Mme Karine Lebon*

**Mme Émeline K/Bidi (GDR).** Les deux amendements visent à prendre systématiquement en compte les spécificités territoriales. Nous sommes favorables à la régulation de l'intérim mais il faut s'interroger sur les raisons de sa croissance. Or la désertification médicale, qui en constitue la première cause, est la grande absente de ce PLFSS.

**M. le rapporteur général.** Le premier amendement pose un problème de rédaction : il vise à prendre en compte « les besoins sociaux et médico-sociaux » mais l'article concerne l'hôpital. Je vous propose donc de le retirer, au bénéfice du second ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

*L'amendement AS774 est **retiré**.*

*La commission **rejette** l'amendement AS772.*

*Amendement AS996 de M. Hadrien Clouet*

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** Le présent amendement vise à prévoir des sanctions contre les établissements qui ne respectent pas le plafond d'intérim.

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

*Amendement AS24 de M. Jérôme Guedj*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** L'alinéa 9 prévoit d'élargir le plafonnement à cinq catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux alors qu'il en existe dix-sept. Mon amendement vise à l'appliquer à tous les établissements mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

**M. le rapporteur général.** Nous sommes tous opposés au recours abusif à l'intérim, qui empêche la fidélisation du personnel et sa montée en compétences, mais il est parfois nécessaire. Le périmètre est restreint à neuf catégories d'établissements qui surconsommement l'intérim.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** J'apprends que nous disposons de données relatives à la répartition des contrats intérimaires selon les catégories d'établissements, ce qui est intéressant. Qui peut plus peut le moins : le plafond ne s'appliquera pas à ceux qui ne surconsommement pas. La généralisation de la mesure évitera les traitements différenciés.

**M. le rapporteur général.** Cela créera une obligation administrative pour des établissements qui n'étaient pas concernés.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** S'ils ne recourent pas à l'intérim, le dispositif ne les dérangera pas ; si dans trois mois ils décident d'y faire appel, ils devront respecter le plafond.

**M. le rapporteur général.** Certes mais pour justifier qu'ils ne dépassent pas le plafond, ils devront renseigner des documents.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS775 de Mme Karine Lebon*

**Mme Émeline K/Bidi (GDR).** L'amendement AS775 est défendu.

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

*L'amendement AS22 de M. Jérôme Guedj est **retiré**.*

*Amendement AS1167 de M. Damien Maudet*

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** Cet amendement vise à expérimenter une dérogation en cas de risque de fermeture de service.

**M. le rapporteur général.** J'entends qu'on envisage une dérogation pour éviter les fermetures. Toutefois, c'est un peu contradictoire avec votre proposition de renforcer les sanctions. La rédaction mérite d'être clarifiée pour l'examen en séance publique.

Avis défavorable.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** On touche là le cœur du débat sur le plafonnement de l'intérim. Si on crée des dérogations, la mesure deviendra inutile car les professionnels iront là où elle ne s'applique pas. La règle doit être la même partout.

Les services ferment par manque de professionnels. La loi du 27 décembre 2023 limite l'intérim des médecins. Nous sommes en train de l'évaluer : pendant un temps, le manque d'intérimaire s'est aggravé parce que certains avaient décidé de ne plus exercer en intérim, mais ce n'est pas ce qui provoque les fermetures de service, liées à la démographie.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** L'amendement est satisfait : le recours aux intérimaires est limité mais certaines spécificités territoriales ou la menace de fermeture d'un service justifient le rehaussement du plafond et l'allocation de primes.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Nous avons déjà encadré l'intérim mais j'ai constaté dans ma circonscription que les directeurs prennent la responsabilité de rémunérer au-delà de la grille. De plus, en territorialisant la mesure, vous créez un appel d'air, les professionnels seront incités à démissionner de la fonction publique et on surembauchera en intérim – on aura perdu trois fois.

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** Le caractère expérimental impose la territorialisation. Nous retirons l'amendement, que nous réécrivons pour l'examen en séance. Monsieur le rapporteur général, nous vous remercions de nous transmettre des éléments relatifs aux dispositions qu'a citées Mme Corneloup.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 18 modifié.*

### **Après l'article 18**

*Amendement AS1095 de M. Hadrien Clouet*

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS1158 de M. Christophe Bentz*

**M. Christophe Bentz (RN).** M. Vigier a proposé de limiter à 25 % la proportion du personnel administratif dans les hôpitaux ; mon amendement tend à le plafonner à 10 %. Vous voulez taper en haut et non en bas, monsieur le rapporteur général, mais il faut faire les deux. La suradministration affecte les ARS comme la gouvernance hospitalière. Tous les soignants demandent une simplification administrative – c'est urgent.

**M. le rapporteur général.** Sur quels critères précisément repose le choix d'un plafond de 10 % ? On ne peut pas faire une coupe à la hache, sans étude d'impact. Avis défavorable.

Cependant, l'idée d'inciter à progresser en même temps en haut et en bas est bonne, je vous suggère de retravailler l'amendement pour la séance, avec une vision d'ensemble de la situation. Il ne faut pas prendre en otage les hôpitaux ; si la mesure que vous défendez a pour effet de supprimer les postes de secrétaires médicales, nous ne rendrons pas service aux patients.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Les problématiques de santé sont globales. Il ne faut pas jouer au mikado : chaque retrait de baguette ébranle l'ensemble du système. Si l'on pouvait résoudre le problème de l'intérim médical à coups de lois et de décrets, cela se saurait. Il faut s'attacher à la fois aux causes et aux effets. La surenchère aux contraintes fragilise tout le système sans garantir de résoudre le problème.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Comme tout à l'heure, je pense que le plafonnement est une mauvaise idée. Toutefois, une bonne question a été posée : à quoi servent les ARS ? Un rapport éclairerait le législateur sur l'opportunité d'une organisation différente.

**Mme Annie Vidal (EPR).** L'approche n'est pas pertinente. Il faudrait déjà préciser ce que désigne le terme « personnels administratifs ». Pour économiser des milliards, la réforme de Marisol Touraine a consisté, un peu bêtement, à ne pas remplacer la moitié des personnes partant à la retraite. La démarche est comparable, et c'est une catastrophe. Il faut accompagner le changement avec des réorganisations et un encadrement différent, non procéder à des coupes sèches dont on ne mesure pas les effets.

**M. Christophe Bentz (RN).** Je retire l'amendement et, pour l'examen en séance, en déposerai un autre prévoyant plusieurs étages de simplification.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS1363 de M. François Gernigon*

**M. François Gernigon (HOR).** Des plateformes numériques se développent pour vendre des arrêts de travail accessible en quelques clics. Cette pratique, éthiquement discutable, est préoccupante pour la santé publique car la pertinence des diagnostics ainsi posés est discutable. Hébergées hors de France, ces plateformes font souvent appel à des médecins étrangers, ce qui favorise les abus et risque de compromettre l'intégrité du système de sécurité sociale. Le présent amendement vise à interdire ces plateformes et la possibilité pour un médecin qui n'exerce pas en France de fournir des arrêts de travail par télémedecine.

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

*Amendement AS1364 de M. François Gernigon*

**M. François Gernigon (HOR).** Le présent amendement vise à limiter à un jour la durée des arrêts de travail prescrits par télémedecine. Les dépenses de la sécurité sociales liées aux arrêts de travail ne cessent de croître, excédant 15 milliards d'euros par an, et 40 % des indemnités journalières concernent des arrêts de moins de sept jours. Limiter les arrêts par téléconsultation réduirait le risque de prescriptions injustifiées donc permettrait de mieux



contrôler les coûts tout en incitant les patients à consulter en cabinet, pour garantir de meilleurs diagnostics.

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

*Amendement AS1059 de Mme Élise Leboucher*

**M. Damien Maudet (LFI-NFP).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS890 de Mme Marie Pochon*

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Cet amendement vise à servir des produits alimentaires de qualité – locaux et bio – dans les établissements hospitaliers.

*Contre l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS1243 de Mme Annie Vidal*

**Mme Annie Vidal (EPR).** Mon amendement tend à prendre en compte, pour le financement des établissements de santé, des critères environnementaux, en évaluant la qualité, la sécurité et le caractère écoresponsable des soins.

**M. le rapporteur général.** Nous sommes d'accord sur l'importance de favoriser l'écoresponsabilité, le domaine médical étant à l'origine de fortes émissions de gaz à effet de serre. Cependant votre amendement tend, comme le précédent, à réformer l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, en cours de refonte. Ce n'est pas la bonne voie.

Avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

*Amendement AS1450 de M. Henri Alfandari*

**M. François Gernigon (HOR).** Mon collègue Henri Alfandari propose qu'aucune indemnité journalière ne soit versée au salarié pendant les sept premiers jours d'arrêt maladie. En contrepartie, le salarié et l'employeur pourraient s'accorder pour que le temps de travail non effectué soit récupéré durant le mois au cours duquel le salarié reprend ses fonctions, sans perte de rémunération et dans le respect des dispositions du code du travail relatives au temps maximal de travail.

**M. le rapporteur général.** Je comprends bien votre volonté de responsabiliser les assurés, mais vous y allez un peu fort : sept jours sans indemnité représenteraient un quart de salaire en moins. Peut-être la réflexion concerne-t-elle plutôt le code du travail que le code de la sécurité sociale. Des discussions sont par ailleurs en cours en vue de la création d'un jour de carence dans le secteur public, au nom de l'égalité entre public et privé. Une carence de sept jours pour un arrêt maladie me semblerait en tout cas très sévère.

**M. François Gernigon (HOR).** L'idée n'est pas d'appliquer un délai de carence de sept jours, mais d'éviter les pertes de salaire, puisque le temps de travail non effectué pourrait être récupéré.

**M. Yannick Neuder (DR).** Ce système ne serait pas applicable à tous les salariés : les cadres pourraient sans doute revenir pendant des journées de RTT pour compenser les jours d'arrêt, mais les non-cadres qui travaillent 35 heures sans RTT n'en auraient pas l'occasion. Cette mesure serait très sévère pour eux.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Notre groupe ne soutiendra évidemment pas cet amendement. Une telle durée de carence serait tout simplement énorme. Pour prendre un autre exemple, quand donc les femmes élevant seules leurs enfants, qui travaillent souvent à temps partiel pour pouvoir s'en occuper, trouveront-elles le temps de travailler sept jours de plus au cours du mois ? C'est matériellement impossible.

Une telle mesure inciterait par ailleurs les salariés à venir travailler alors qu'ils sont malades, au risque de contaminer leurs collègues, ce qu'on cherche précisément à éviter.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1075 de Mme Zahia Hamdane*

**Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP).** Le Gouvernement prévoit de réduire de 1,8 à 1,4 Smic le plafond des indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail, ce qui ramènera le montant maximal de 52 à 40 euros par jour – une attaque directe contre les droits des travailleurs malades. Depuis des années, les droites alimentent une suspicion injustifiée envers les arrêts maladie, les assimilant à de la fraude sociale. Les chiffres montrent pourtant que le problème n'est pas tant l'absentéisme que le présentéisme : 37 % des Français continuent à travailler lorsqu'ils sont malades, contre 28 % en moyenne pour leurs voisins européens. La hausse des dépenses liées aux arrêts maladie n'est pas due à une explosion du nombre d'arrêts, mais à la revalorisation des indemnités consécutive à la hausse – encore insuffisante – du Smic.

Il est donc impératif que les modifications du plafond d'indemnisation soient soumises à un contrôle législatif, afin de garantir la défense des droits des salariés et d'éviter toute dérive gouvernementale visant à les affaiblir. Aussi proposons-nous qu'elles fassent l'objet d'une consultation préalable des commissions des affaires sociales du Parlement.

**M. le rapporteur général.** Votre amendement me semble bancal : si vous souhaitez que le Parlement contrôle le plafond des indemnités journalières, il faut le fixer dans la loi. Consulter les commissions parlementaires de l'Assemblée nationale et du Sénat comme vous le proposez serait inconstitutionnel.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1604 de M. Yannick Neuder*

**M. le rapporteur général.** Je souhaite limiter le remboursement aux conditions prévues pour les affections de longue durée (ALD) de médicaments qui ne relèvent pas de ce champ. Sur les ordonnanciers bizonnes – qui, comme leur nom l'indique, sont divisés en deux cases –, la première partie est destinée aux traitements relatifs à l'ALD. De ce fait, les médecins, qui commencent spontanément par écrire en haut de l'ordonnance, tendent à

inscrire toutes les prescriptions dans la zone dévolue à l'ALD, y compris celles qui ne devraient pas y figurer.

Je propose d'inverser la présentation en plaçant la zone ALD en bas de la feuille, pour inciter les praticiens à être plus vigilants et à prescrire dans la bonne case. Cette mesure ne coûterait rien, permettrait de gagner en efficacité et ne créerait aucun travail nouveau pour le médecin.

**Mme Sandrine Rousseau (EcoS).** Pensez-vous vraiment que cette inversion changera quoi que ce soit ? Ne pensez-vous pas que les médecins inscrivent certains traitements dans la case ALD précisément pour que les patients puissent être remboursés intégralement ?

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** En appliquant votre logique, si certains médecins se trompent en écrivant à tort dans la partie supérieure de l'ordonnance, leurs erreurs seront désormais commises au détriment du patient, puisque cette zone ne sera plus couverte par le remboursement ALD.

**M. le rapporteur général.** Les patients souffrant d'une ALD ne sont pris en charge sous ce régime que pour les traitements qui relèvent de cette pathologie : ils peuvent très bien souffrir aussi d'un autre problème médical. Or, dans de nombreux cas, tous les médicaments sont prescrits comme relevant de ce champ. Mon objectif est simplement de permettre un meilleur respect du cadre de l'ALD. Le patient n'y perdra rien, puisque, pour le reste, les traitements resteront pris en charge par les assurances complémentaires.

**M. Emmanuel Taché de la Pagerie (RN).** Mais qu'en sera-t-il pour les patients qui ne disposent pas d'une complémentaire ?

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Et, en cas d'erreur dans le sens inverse, qui paiera ? L'assuré ou la collectivité ?

**M. le rapporteur général.** L'erreur de prescription relève d'une logique différente : si un traitement est inscrit dans la mauvaise case, le pharmacien le signalera au patient qui pourra revenir vers son médecin pour faire rectifier la situation, et sera donc bien pris en charge au titre de son ALD.

Les patients sans assurance complémentaire ne bénéficieront certes pas d'un remboursement automatique, mais ils peuvent avoir recours à la complémentaire santé solidaire (C2S) – gratuite ou payante, en fonction de leur niveau de rémunération. Une mauvaise prescription ne devrait pas ouvrir des droits.

**Mme Josiane Corneloup (DR).** Un patient souffrant d'une ALD bénéficie d'un remboursement intégral, par la sécurité sociale, de tous les soins qui en relèvent. S'il se voit prescrire des traitements sans lien avec cette pathologie, sa complémentaire intervient. Les coûts pour le malade restent mineurs, puisqu'il est par ailleurs pris en charge intégralement pour ce qui a trait à son ALD.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS1420 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (DR).** Nous souhaitons réformer la C2S de façon à trouver un équilibre entre solidarité et responsabilité budgétaire. Nous nous accordons tous sur la nécessité de garantir l'accès aux soins pour les plus vulnérables, mais chacun doit contribuer à la solidarité nationale à hauteur de ses moyens, même de manière symbolique.

Nous proposons donc de prévoir que les bénéficiaires de la C2S s'acquitteront d'une participation financière fixée par décret, y compris lorsque leurs ressources et celles des autres membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret.

**M. le rapporteur général.** Je suis favorable à cet amendement, qui promeut une logique de responsabilisation. L'existence d'une complémentaire santé solidaire est une bonne chose, mais il est normal qu'une contribution minimale, même modique, soit fixée, pour que les patients comprennent bien que les soins et médicaments dont ils bénéficient ne sont pas gratuits.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** J'imagine que M. Bazin nous soumet ici un amendement de provocation en proposant de revenir sur la couverture assurée par la C2S – le terme de « gratuité » ne me semble pas adéquat. Suivant votre logique, toutes les couvertures garantissant une gratuité totale au patient, comme la couverture maladie universelle ou la prise en charge des ALD, devraient être remises en cause au nom de la responsabilisation du patient – après tout, des abus existent sans doute.

L'accès aux soins des plus vulnérables doit être garanti. Le débat est même ailleurs, en réalité : plus les prestations couvertes intégralement par la sécurité sociale seront nombreuses, moins on aura besoin de recourir à la C2S.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Alors que le PLFSS prévoit un important transfert de charges de la sécurité sociale vers les complémentaires en matière de remboursement des consultations, il me semblerait quelque peu malvenu de baisser le plafond de revenus en deçà duquel la C2S est gratuite. On peut même se demander s'il ne serait pas pertinent de l'augmenter.

**M. Thibault Bazin (DR).** Notre collègue Guedj tire le fil plus loin que je n'aurais pu l'imaginer. J'estime que c'est l'absence de réformes structurelles qui nous a conduits à la situation financière actuelle – que, comme probablement beaucoup d'autres ici, je regrette.

Cela étant dit, la C2S coûte très cher et y faire participer chacun symboliquement, même de façon limitée, aurait un intérêt. Peut-être notre proposition doit-elle encore évoluer, mais cette dimension symbolique nous semble importante. Nous avons ainsi proposé plusieurs amendements, dont certains ont malheureusement été déclarés irrecevables, visant à responsabiliser davantage les patients. Aucun n'allait cependant aussi loin que ne l'a suggéré Jérôme Guedj.

Dans un souci de transparence, nous voulons dire clairement, cartes sur table, que de nouvelles sources de recettes comme celle-ci font partie de notre projet.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS1125 de M. Damien Maudet et AS1400 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune)*

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Par l'amendement AS1125, nous proposons d'aménager le dispositif d'obtention du certificat médical pour la pratique d'un sport : la personne concernée remplirait un questionnaire et ne rencontrerait le médecin que si ce dernier l'estime nécessaire. Alors qu'on encourage les pratiques sportives, le fait de demander systématiquement un certificat médical pose problème dans un contexte où les médecins manquent. Prévoir un questionnaire simple grâce auquel le praticien fera un premier tri entre les personnes qu'il doit rencontrer et les autres libérera du temps médical utile, tout en permettant à nos concitoyens d'accéder plus facilement à la pratique sportive.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** En 2023, François Braun, proposait, parmi les mesures à prendre pour réduire les tâches administratives des médecins, de diminuer le nombre de certificats médicaux conditionnant l'accès à une pratique sportive. Des études ultérieures ont montré que les médecins consacrent chaque semaine une heure et demie, voire deux heures, à délivrer ces certificats. Il paraîtrait logique de les supprimer, à condition que les demandeurs soient majeurs et indemnes de tout facteur de risque. Cet amendement AS1400 est une mesure de bon sens.

**M. le rapporteur général.** Je suis très favorable à ces amendements. Je m'étonne même qu'une disposition apparemment si simple – beaucoup plus que je ne le croyais – n'ait pas été adoptée plus tôt.

J'ai une préférence pour l'amendement de Mme Rist, qui, contrairement à celui de M. Maudet, s'appliquerait à tous les patients ne présentant aucun facteur de risque ou pathologie particulière, y compris les sportifs professionnels. Je demande donc le retrait de l'amendement AS1125, au profit de l'AS1400.

**M. Thierry Frappé (RN).** Dans l'exposé sommaire de son amendement, M. Maudet propose « *qu'un simple questionnaire de santé suffise à l'obtention d'un certificat médical à la pratique sportive* ». Or le document en question serait alors un certificat d'aptitude, et non un certificat médical.

**M. Sébastien Peytavie (EcoS).** Je suis assez réservé quant à ces amendements : la visite d'obtention du certificat est, pour de nombreuses personnes qui ne consulteraient pas leur médecin autrement, l'occasion de subir un examen clinique. Aucun questionnaire ne saurait remplacer une consultation. Ces examens – qui ne sont certes pas toujours bien réalisés – ont parfois permis de déceler des problèmes cardiaques assez importants chez de grands sportifs, même si je sais qu'ils ne révèlent rien dans la majorité des cas.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Il me paraît très important que les sportifs professionnels voient régulièrement un médecin : ce suivi est indispensable pour prévenir des problèmes qui ne font pas forcément l'objet d'un contrôle au quotidien mais auxquels ils peuvent être exposés, comme les pratiques addictives, le mésusage de certains médicaments, les risques liés à l'exercice de leur sport dans un cadre professionnel contraint – je songe par exemple aux matchs de nuit –, certaines pathologies cardiaques, les pratiques alimentaires, etc. Avec l'accord de son auteur, nous retirons toutefois notre amendement.

*L'amendement AS1125 est retiré.*

*La commission adopte l'amendement AS1400.*

*Amendement AS1297 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Il s'agit à mon sens d'un amendement d'une importance majeure, puisqu'il ouvre le débat sur l'évolution du financement de notre système de santé. Je propose d'autoriser, dans le cadre d'une expérimentation de cinq ans, les établissements de santé publics qui le souhaitent à évoluer vers un statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic). Si nous voulons réellement encourager la débureaucratization et l'autonomisation, nous devons faire davantage confiance aux acteurs de terrain. Une telle mesure y concourrait.

**M. le rapporteur général.** Mon avis dépendra de la teneur des débats sur cette question.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Partant du constat selon lequel des contraintes administratives et financières pèsent sur les hôpitaux publics, vous proposez de transformer ces derniers en Espic, en fondations ou en associations. C'est un peu singulier : au lieu de vous attaquer au différentiel de prélèvements sociaux et fiscaux subi par les établissements publics – le coût du travail d'une aide-soignante est, par exemple, 20 % plus élevé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes que dans une association ou une structure privée à but lucratif –, vous suggérez que, pour s'en sortir, il ne faut surtout pas être un établissement public. Cette position me pose problème conceptuellement et philosophiquement. Je préférerais qu'on s'attaque aux disparités entre statuts juridiques plutôt que d'encourager chacun à copier le concurrent.

**M. Hendrik Davi (EcoS).** Les personnels des différents établissements ne relèvent pas des mêmes statuts : dans les hôpitaux publics, la plupart sont des fonctionnaires. Que deviendront-ils si leur employeur se transforme en Espic ?

Par ailleurs, il est faux de dire que la lourdeur bureaucratique est liée au statut de la fonction publique : une partie des problèmes de suradministration dans les hôpitaux publics est liée à la tarification à l'activité ou aux relations avec les ARS, qui concernent aussi les cliniques privées.

**M. Jean-Carles Grelier (Dem).** Je suis plutôt favorable à la proposition de notre collègue : pour débureaucratiser, on peut mettre en avant le principe de subsidiarité et s'appuyer sur les expérimentations conduites pendant la crise sanitaire, qui ont montré que les établissements de santé, échappant soudain à la hiérarchie trop pesante des ARS et du ministère de la santé, savaient s'administrer avec une grande réactivité.

Les établissements de santé publics et privés ont en outre déjà l'habitude de travailler ensemble au sein des groupements de coopération sanitaire, sans que cette cohabitation statutaire pose de difficultés. Une expérimentation de ce type, si elle permet de donner davantage d'autonomie aux établissements, donc de gagner en efficience, en efficacité et en réactivité, vaut probablement la peine d'être tentée.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Cette solution n'en est pas une, dans la mesure où elle ne permet pas de s'attaquer à la racine du problème. Ce n'est pas en maquillant les établissements hospitaliers publics en structures privées que nous améliorerons les choses. Notre collègue Guedj l'a souligné très justement : en appliquant des règles différentes, on

aboutit forcément à des résultats différents. Alors que le service public devrait être encouragé, j'ai le sentiment que vous proposez simplement de mettre du fond de teint sur les boutons de varicelle pour faire croire que le patient est guéri : vous vous attaquez aux conséquences plutôt qu'aux causes, alors qu'il faudrait faire le contraire.

**Mme Stéphanie Rist (EPR).** Il ne s'agit pas de transformer les hôpitaux publics en hôpitaux privés, mais de permettre aux établissements qui y verraient un intérêt d'évoluer vers un statut d'Espic – d'établissement à but non lucratif, donc –, en laissant le choix aux professionnels de conserver leur statut ou d'opter pour un emploi contractuel. On éviterait ainsi que chacun reste ancré dans ses certitudes, et l'expérimentation permettrait de voir concrètement ce qui fonctionne ou non.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Je soutiens cet amendement. Nous avons tous intérêt à nous confronter à de nouveaux schémas et à nous enrichir de l'expérience des autres. Le secteur public a sédimenté un ensemble de contraintes très problématiques, dont souffrent aussi ceux qui y travaillent. Ce n'est pas qu'une question de moyens, mais aussi de structures et de procédures.

Mme Rist propose une simple expérimentation. Vous vous y opposez en brandissant le spectre de la privatisation généralisée, mais l'objectif n'est nullement de livrer les établissements publics à la sphère privée : il s'agit seulement de permettre à certaines structures de devenir des Espic. Si l'essai n'est pas concluant, elles en reviendront à leur statut initial, voilà tout.

**M. Théo Bernhardt (RN).** Avant de lancer de telles expérimentations, peut-être vaudrait-il mieux mettre de l'ordre dans les finances des établissements de santé et faire en sorte que leurs budgets soient à équilibre.

**M. le président Frédéric Valletoux.** C'est une vieille idée que de présupposer que le statut même d'établissement public crée des problèmes et des contraintes auxquels il faudrait échapper. Peut-être, à l'inverse, faudrait-il aussi autoriser les établissements privés à devenir des publics, pour montrer que ce n'est pas toujours le cas.

Ensuite, les établissements publics assurent, en plus du soin, un ensemble de missions de service public – enseignement, recherche, permanence des soins – qui ne s'imposent pas aux établissements de statut privé, même à but non lucratif. Veillons à ne pas déstabiliser l'offre dans certains territoires au détour d'un amendement, par ailleurs intéressant et qui soulève des questions fondamentales. Je suis donc très mitigé quant à cette proposition.

**M. le rapporteur général.** Les centres hospitaliers universitaires assurent trois types de mission : le soin, la recherche et l'enseignement. J'entends parfaitement vos arguments s'agissant des soins, madame Rist : des structures de tout type assurent des soins, selon des modalités qui ne sont ni celles des hôpitaux publics ni celles cliniques privées. En revanche, pour ce qui est de la recherche et de l'enseignement, je m'interroge davantage, par exemple sur la façon dont les étudiants rattachés à un hôpital pourraient être accueillis en stage.

Si vous me le permettez, j'émetts donc un avis de sagesse sur cet amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*La réunion s'achève à vingt heures cinq.*

### **Présences en réunion**

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Thibault Bazin, Mme Béatrice Bellay, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, M. Louis Boyard, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sandra Delannoy, Mme Sophie Delorme, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, M. Jérôme Guedj, Mme Ayda Hadizadeh, Mme Zahia Hamdane, Mme Chantal Jourdan, Mme Émeline K/Bidi, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Élise Leboucher, Mme Katiana Levasseur, M. René Lioret, Mme Christine Loir, M. Benjamin Lucas-Lundy, M. Damien Maudet, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, Mme Joséphine Missoffe, M. Christophe Mongardien, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, M. Sébastien Peytavie, Mme Lisette Pollet, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, Mme Céline Thiébault-Martinez, Mme Mélanie Thomin, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

*Excusés.* – Mme Karine Lebon, M. Laurent Panifous

*Assistaient également à la réunion.* – M. Arthur Delaporte, M. Sacha Houlié, M. David Taupiac