

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 59

Mercredi
29 janvier 2025
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 40

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

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



La réunion commence à quinze heures.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (n° 622) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Guillaume Florquin, M. Louis Boyard, Mme Sandrine Rousseau et M. Philippe Vigier, rapporteurs).

Article 9 bis (suite) : *Réforme du barème de la contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés*

Amendement AS574 rectifié de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Il s'agit de reprendre, là encore, une modification qui a fait consensus en commission mixte paritaire (CMP). Outre quelques corrections rédactionnelles, je propose de différer l'entrée en vigueur, car il faudra un peu de temps pour prendre les dispositions nécessaires. Il s'agit, par ailleurs, de tenir compte du fait que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'a pas été adopté avant le 1^{er} janvier – un problème de rétroactivité se pose donc.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS163 de Mme Sylvie Bonnet ainsi que les amendements identiques AS87 de M. Julien Dive, AS115 de Mme Justine Gruet et AS139 de M. Fabien Di Filippo tombent.

La commission adopte l'article 9 bis modifié.

Article 9 ter A (nouveau) : *Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion*

Amendements de suppression AS575 de M. Thibault Bazin et AS396 de Mme Sandra Marsaud

M. le rapporteur général. Les fragilités de cet article l'exposent à un risque de censure par le Conseil constitutionnel. Les rapporteurs de la CMP avaient déjà proposé sa suppression.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter A est supprimé et les amendements AS476 de M. Hadrien Clouet, AS319 de Mme Élise Leboucher, les amendements identiques AS320 de M. Hadrien Clouet et AS345 de M. Hendrik Davi ainsi que l'amendement AS340 de M. Cyrille Isaac-Sibille tombent.

Article 9 ter B (nouveau) : *Renforcement de la fiscalité sur les jeux d'argent et de hasard*

Amendement de suppression AS537 de M. Thomas Ménagé

M. Gaëtan Dussausaye (RN). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je préfère qu'on s'en tienne à ce qui figure dans le texte et je rappelle qu'un atterrissage est également en cours de discussion dans le cadre du projet de loi de finances. L'enjeu est fort, notamment dans le sport : nous devons veiller à ne pas fragiliser le secteur par des mesures trop pénalisantes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS27 de M. Arthur Delaporte

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS478 de Mme Élise Leboucher

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). Cet amendement vise à faire contribuer les opérateurs des jeux d'argent au financement de l'assurance maladie en les taxant à hauteur de 15 % de leurs dépenses publicitaires. Ce secteur est en pleine expansion : selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, son produit brut s'élevait à 13,4 milliards d'euros en 2023, après une hausse de 450 millions d'euros en un an. Une taxe comportementale ne serait pas une solution : s'attaquer aux sommes mises risquerait de fragiliser les plus précaires, qui sont les plus actifs dans ce domaine, et ne conduirait probablement pas à une baisse des pratiques. Une véritable solution consisterait à encadrer les jeux d'argent et à en limiter, voire à interdire les publicités. Nous vous proposons de les taxer en incluant toutes les activités de pari, y compris les jeux en ligne, et les gratifications financières accordées aux joueurs.

M. le rapporteur général. Nous en avons débattu en première lecture, et nous avons montré, en particulier en séance, notre attachement à la filière équine, qui serait touchée par cet amendement alors qu'elle représente des emplois non délocalisables.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS555 de M. Frédéric Valletoux

M. le président Frédéric Valletoux. Il s'agit d'exclure du champ de cet article les associations et fédérations sportives dans le cadre de leur sponsoring, pour ne pas réduire leurs recettes. Cela concerne notamment les associations locales.

M. le rapporteur général. Je partage totalement l'objectif, mais votre amendement AS609 fonctionnera beaucoup mieux. Je vous propose de retirer celui-ci afin de mieux préserver associations et fédérations sportives. Les différents amendements montrent l'attachement de la commission au soutien au sport, juste après les jeux Olympiques.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS576 rectifié de M. Thibault Bazin, AS127 de Mme Sylvie Bonnet et AS609 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Ces amendements visent le même objectif, mais une différence de forme les rendra plus opérationnels. Ils tendent à exclure de la nouvelle contribution le soutien aux fédérations sportives, aux ligues professionnelles ainsi qu'aux associations et sociétés sportives par les opérateurs de jeux. Préservons cette filière.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS577 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement précise les conditions techniques dans lesquelles sera recouvrée la contribution instituée par le présent article. Cette modification avait été adoptée en CMP.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS631 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit simplement de prendre acte du fait qu'on ne peut pas prévoir de rétroactivité pour les jeux déjà terminés et les gains obtenus.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS630 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Reprendre une précision adoptée en CMP au sujet des exercices clos à compter du 1^{er} janvier 2025 sécurisera le dispositif – il existe une incertitude sur l'assiette de la nouvelle contribution.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 ter B modifié.

Article 9 ter C (nouveau) : *Encadrement commercial et fiscal des sachets de nicotine à usage oral*

Amendements de suppression AS579 de M. Thibault Bazin, AS11 de M. Jérôme Guedj, AS266 de M. Michel Lauzzana et AS556 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Le Gouvernement a précisé lundi qu'une évolution devrait avoir lieu par la voie réglementaire. Je vous propose d'en prendre acte en supprimant cet article qui serait par ailleurs en grande partie un cavalier puisqu'il se place autant sur le terrain du commerce que sur celui de la fiscalité sociale.

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement AS11 est défendu.

M. Michel Lauzzana (EPR). Ne nous méprenons pas pour autant : nous voulons absolument interdire ces sachets de nicotine.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous le souhaitons tous, effectivement, mais nous avons eu l'assurance du Gouvernement que ce serait fait par la voie réglementaire. Afin de mieux interdire les sachets de nicotine, ne créons pas un régime spécifique et ne reconnaissons pas leur existence dans un PLFSS. Nous veillerons ensuite à ce que le Gouvernement aille au bout de la démarche annoncée.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter C est supprimé.

Article 9 ter D (nouveau) : *Augmentation de l'accise sur les produits du tabac*

Amendements de suppression AS580 de M. Thibault Bazin, AS161 de M. Philippe Lottiaux et AS257 de Mme Sylvie Bonnet

M. le rapporteur général. Afin de rejoindre un chemin des possibles et d'éviter les irritants, tout en étant conscient qu'une trajectoire a déjà été calée, je vous propose de supprimer cet article, comme la CMP l'avait décidé. J'espère en outre, compte tenu de l'enjeu propre aux territoires transfrontaliers, que nous obtiendrons un jour une harmonisation fiscale européenne pour réduire la contrebande.

M. Gaëtan Dussaussy (RN). L'amendement AS161 est défendu.

M. Michel Lauzzana (EPR). Le ministre Rousseau avait dévoilé un programme antitabac et les prix ont augmenté, mais nous devons nous repencher sur la question – j'ai déjà interrogé le nouveau ministre à ce sujet. La lutte contre le tabac est importante en matière de santé publique et les taxes comportementales ont montré leur efficacité.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous voterons contre ces amendements de suppression. La question du tabac est centrale pour la santé publique. On ne peut pas dire en permanence qu'il faut réduire les dépenses de santé et à chaque fois repousser des mesures visant à favoriser des comportements qui conduiront à moins de cancers – on sait quand même depuis 1959 que le tabac en produit. Il faut continuer la lutte, à la fois sur les plans de la prévention et des taxes comportementales.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 ter D est supprimé.

Article 9 ter : *Étendre les remises aux médicaments biosimilaires et hybrides substituables*

Amendement AS590 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de corriger une erreur matérielle.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 ter modifié.

Article 9 quater : *Taxe sur les publicités relatives aux prothèses auditives*

Amendement AS12 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet article trouve son origine dans un amendement, très pertinent, initialement déposé par notre collègue Stéphanie Rist.

M. le rapporteur général. Sa forme pose un problème légistique : vous faites référence à une « prestation mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1 du code de la santé publique », mais cet alinéa n'en parle aucunement. Il faudrait donc modifier l'amendement en vue de la séance. Pour être tout à fait transparent, j'émettrai néanmoins un avis défavorable sur le fond : un taux de 40, voire 80 %, serait prohibitif.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Nous avons dit en première lecture qu'un travail était à mener, notamment au sujet de la surprescription ou surconsommation des appareils auditifs. D'un autre côté, le reste à charge zéro a permis d'augmenter l'appareillage de ceux qui en ont besoin. C'est pourquoi je n'ai pas redéposé l'amendement.

M. le rapporteur général. Une vraie question se pose, en effet, mais nous ne pouvons pas la traiter ainsi.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 quater non modifié.

Article 9 quinquies (nouveau) : *Mention sur l'avertissement ou la mise en demeure de la faculté de se faire assister d'un conseil sous peine de nullité*

Amendements de suppression AS601 de M. Thibault Bazin et AS322 de Mme Zahia Hamdane

M. le rapporteur général. Cet article risque de fragiliser complètement l'action des organismes sociaux sans apporter de garanties significatives aux cotisants. Il faut au contraire sécuriser les procédures.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS322.

Lorsque l'Urssaf envoie un avertissement ou une mise en demeure à un employeur ou à un travailleur indépendant pour fraude aux cotisations sociales, la lettre doit obligatoirement mentionner qu'il peut se faire assister par le conseil de son choix. En prévoyant qu'une poursuite engagée par l'Urssaf sera nulle en l'absence de cette mention, cet article n'offre pas de protection supplémentaire aux cotisants, qui disposent déjà de garanties procédurales solides, mais fait courir le risque d'affaiblir les organismes sociaux alors que leurs missions sont plus que jamais essentielles. Selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale, plus de la moitié des 13 milliards d'euros perdus chaque année en raison de la fraude sociale est due au travail dissimulé et seuls 10 % des sommes redressées en la matière sont recouvrées. Ce n'est pas en affaiblissant l'Urssaf, mais en la soutenant par des moyens financiers et humains à la hauteur que nous pourrions mettre fin aux dérives.

M. le rapporteur général. Je me réjouis que nous nous retrouvions sur ce point : les procédures de recouvrement doivent être fiables et sécurisées. Le maintien de cet article pourrait frapper de caducité des procédures en cours jusqu'à ce que l'Urssaf ait eu le temps de mettre à jour les formulaires.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'Urssaf, créée avant-guerre pour assurer le recouvrement des cotisations, dispose de privilèges plus importants que ceux des services fiscaux. L'Urssaf est le premier pourvoyeur de faillites dès lors que des acteurs se trouvent dans l'impossibilité de remettre leur situation au carré, mais il est bien normal de lui donner la possibilité d'agir contre la fraude, même si certains ne l'acceptent pas. Il est tout aussi normal de pouvoir se faire accompagner par un conseil. Cela ne fragilise rien : c'est ce que prévoit notre droit et certains cas sont quand même un peu litigieux.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 9 quinquies est supprimé.

Article 9 sexies (nouveau) : *Limitation à trois mois de la durée de suspension du délai de prescription des cotisations dans le cadre d'un contrôle*

Amendement de suppression AS602 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet article inciterait à privilégier la célérité des procédures au lieu d'organiser des échanges approfondis avec les cotisants. Il faudrait trouver un juste équilibre.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 9 sexies est supprimé.

Article 9 septies (nouveau) : *Mention, parmi les éléments obligatoires dans une contrainte, de l'information selon laquelle le cotisant peut se faire assister du conseil de son choix*

Amendement AS603 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de conforter la sécurité juridique des modifications apportées en première lecture qui prévoient que les contraintes notifiées aux cotisants par les organismes chargés du recouvrement mentionnent la possibilité d'être accompagné d'un conseil. Je propose de renvoyer à un arrêté ministériel la définition des modalités selon lesquelles cette mention figurera et de reporter au 1^{er} janvier 2026 l'entrée en vigueur de la mesure, de manière à laisser aux organismes de recouvrement le temps nécessaire pour adapter les formulaires.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 septies modifié.

Article 10 : *Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale*

La commission adopte l'article 10 non modifié.

Article 10 bis (nouveau) : *Fixation en loi de financement de la sécurité sociale du montant de la minoration de la compensation des allègements généraux à l'Unedic*

Amendement AS569 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je vous propose d'enlever toute référence aux lois de financement de la sécurité sociale. Seule une loi organique peut en modifier le contenu et le champ.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 bis modifié.

Article 11 : *Approbation, pour l'année 2025, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse*

Amendement de suppression AS480 de Mme Zahia Hamdane

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous devons discuter, ce qui est un peu étonnant, d'un tableau d'équilibre qui n'est plus équilibré compte tenu de nos votes. Nous avons heureusement empêché la création d'une deuxième journée de solidarité et le gel des pensions de retraite. Le déficit ne sera donc pas de 15 milliards d'euros, et cet article n'est qu'une sorte de brouillon.

Par ailleurs, beaucoup de moyens de pourvoir aux besoins de financement ne sont pas utilisés, notamment du côté de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Sans aller jusqu'à récupérer l'ensemble des versements qui lui sont destinés, plusieurs milliards d'euros pourraient être directement versés à la sécurité sociale, plutôt qu'aux créanciers. Par ailleurs, les soutiens publics aux très grandes entreprises sont passés de 3 à 6 % du PIB en vingt ans. En matière d'impôt sur les sociétés, de TVA, de cotisations foncières, d'imposition forfaitaire annuelle, de droit de timbre, de taxe sur les salaires ou d'autres cotisations, des marges peuvent être exploitées.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Votre lecture de ce qui s'est passé ces dernières semaines est un peu biaisée. Vous pensez que les derniers votes ont provoqué un déséquilibre, mais c'est la censure qui y a conduit en premier lieu. S'agissant des recettes et des dépenses, nous n'avons pas les mêmes solutions. Vous imaginez recourir à la Cades, mais attention : sa situation est très inquiétante. Les déficits de ces dernières années – je m'exprime sous le contrôle de Stéphanie Rist – ont conduit à une accumulation de la dette et il faudra permettre de l'amortir.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous avons adopté 17 milliards d'euros de recettes en plus au mois de novembre, mais vous avez voté contre. À vous d'assumer le déficit maintenant. Je maintiens, par ailleurs, que des gaspillages importants existent lorsque 6 % du PIB est consacré à des aides aux entreprises – c'est un taux énorme, on dirait un score des LR aux élections législatives !

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS489 de Mme Élise Leboucher et AS483 de M. Damien Maudet (discussion commune)

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Rétablissons un peu la vérité au sujet de la dette sociale. Le tableau que nous avons sous les yeux laisse penser que la sécurité sociale serait déficitaire de 15 milliards d'euros, mais l'article 12 fait état d'un objectif d'amortissement de la dette sociale de 16,28 milliards en 2025. Elle a été artificiellement gonflée en 2020 quand

l'État a transféré 136 milliards de dette à la Cades, en grande partie à la suite des mesures de soutien à l'activité économique lors de la pandémie, alors qu'il aurait pu prendre en charge les déficits, comme l'ont fait la plupart de nos voisins européens. Faire porter cette dette par la sécurité sociale est injuste, car cela revient à maintenir la contribution pour le remboursement de la dette sociale, qui fait peser le même taux d'imposition sur tous les revenus. On prive ainsi notre système de protection et de solidarité sociale de milliards d'euros, on nourrit le discours sur un trou de la sécurité sociale que l'État a lui-même créé et on justifie des budgets toujours plus austéritaires.

M. le rapporteur général. Oui, il existe une dette covid, mais vous n'allez tout de même pas en parler pendant dix ans et toute la dette de la Cades n'est pas liée à cela. La dette au titre de la caisse nationale des Urssaf s'élève à 37 milliards d'euros pour 2023 et 2024, alors que les dépenses exceptionnelles liées à la covid étaient alors d'à peine 1 milliard.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). S'agissant de la dette dite « covid » de la Cades et des 136 milliards d'euros budgétés en 2020, 2021 et 2022, je rappelle qu'il y avait quand même 13 milliards de dette des hôpitaux et 31 milliards de dette qui restaient à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) en 2019. Sans prolonger trop longtemps la discussion, il faut dire d'où vient la dette. Nous nous abstiendrons sur ces amendements, mais nous voterons contre l'article 11.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous allons parler de la dette liée au covid pendant dix ans, monsieur le rapporteur général, ne serait-ce que parce qu'il faut la rembourser !

Nous ne partageons pas votre analyse. Stéphanie Rist et moi-même l'expliquons dans le rapport que nous avons remis sur le sujet : le problème est que la dette covid qu'on fait supporter à la sécurité sociale comprend le coût de mesures qui, à l'instar du report d'échéances de versement des cotisations sociales et de l'activité partielle, n'ont rigoureusement rien à voir avec des dépenses de sécurité sociale. Si cette fraction de la dette roulait plutôt que d'être intégrée au régime de la sécurité sociale – donc d'être soumise à une logique de remboursement avec un terme précis –, quelques milliards pourraient être mobilisés immédiatement pour la sécurité sociale.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il est légitime que nous débattons de ces sujets à l'occasion du PLFSS, d'autant qu'avant la fin de l'année, la commission sera inmanquablement saisie d'un projet de loi organique visant à réaffecter cette dette à la Cades. La question de la régénération permanente de la dette est posée.

D'où vient cette dette ? Non pas d'une explosion des dépenses – nous arrivons à les contrôler – mais d'une crise du financement de la sécurité sociale. La cause est double : d'une part, les recettes sont insuffisantes du fait des exonérations de cotisations sociales ; d'autre part, le Ségur de la santé non financé représente 14 milliards d'euros par an, soit le montant du déficit de l'assurance maladie. Les soignants ont été augmentés – c'était nécessaire –, mais les ressources correspondantes n'ont pas été affectées.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Vous avancez toujours les mêmes explications mais vous ne pouvez pas nier que le vieillissement de la population accroît les besoins – donc les dépenses – sans contribuer aux recettes. Cela pose une question de société : comment financer le dispositif dans un contexte de transition démographique ? Les actifs ne sont pas assez

nombreux pour supporter à eux seuls le financement. Tout ne peut pas reposer sur le travail, quelles que soient nos positions à ce sujet – réduire les exonérations pour les uns, le coût du travail pour les autres.

M. le rapporteur général. Nous débattons évidemment de la dette, qui ne s'éteindra pas demain. Nous pouvons regretter que le relatif retour à l'équilibre de 2019 ait été mis à mal par des éléments conjoncturels et structurels.

D'où vient la dette, demandez-vous ? Elle a de multiples causes, dont une que vous n'évoquez pas : le taux d'emploi, en particulier des seniors. Si nous avions celui de l'Allemagne, nous aurions 15 milliards d'euros de cotisations supplémentaires et 5 milliards de prestations en moins.

Par ailleurs, il faudra effectivement réaffecter de la dette à la Cades.

Nous avons besoin d'une trajectoire la plus vertueuse possible et le levier de l'emploi est fondamental pour réussir. J'ajoute que l'absence de PLFSS aggrave la situation des comptes sociaux : l'incertitude et l'instabilité nuisent aux investissements, par conséquent à l'activité, à l'emploi et aux cotisations.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle rejette l'article 11.

Article 12 : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse*

Amendement de suppression AS493 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous souhaitons supprimer cet article, qui fixe les objectifs d'amortissement de la dette sociale par la Cades et les prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites. Nous défendons plutôt l'extinction de la Cades, la réintégration de ses engagements financiers dans le budget de l'État pour faire rouler la dette – notamment celle qui est liée au covid –, et la réinjection des sommes détournées au bénéfice des branches du régime général.

M. le rapporteur général. Votre amendement contrevient à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Je partage votre avis sur un point : nous consacrons un montant excessif – 19 milliards d'euros – au remboursement de la dette sociale. Nous divergeons en revanche quant à la solution : je crois qu'il faut respecter nos engagements et rembourser la dette, non pas pour faire plaisir aux créanciers, mais pour les générations futures.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Au-delà du fait que le cantonnement de la dette est hautement critiquable, vous soulevez un débat crucial : comment trancher entre le rythme de remboursement de la dette et les besoins sociaux ? De mon point de vue, le curseur penche bien trop vers le remboursement rapide des créanciers, au détriment des moyens dont la sécurité sociale a besoin.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS497 de M. Damien Maudet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

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

Puis elle rejette l'article 12.

Article 13 : *Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes et allongement de la durée des ressources non permanentes auxquelles l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recourir*

Amendement AS502 de Mme Zahia Hamdane

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Nous proposons que l'Acoss se finance prioritairement par l'emprunt auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Depuis 2021, en effet, elle se finance uniquement sur les marchés financiers et son résultat financier s'est fortement dégradé du fait de la remontée des taux d'intérêt.

M. le rapporteur général. J'ai d'abord trouvé votre idée intéressante, mais à y regarder de plus près, c'est par souci de bonne gestion de la trésorerie de la sécurité sociale que l'Acoss se finance principalement auprès des marchés. Ces financements de court terme offrent une flexibilité qui lui permet d'ajuster le volume de ses emprunts. Nous aurons besoin de 65 milliards d'euros en 2025, contre 45 millions en 2024. Il n'est pas certain que la Caisse des dépôts puisse lui accorder des prêts dans de telles proportions sans compromettre ses autres activités de prêt, qui soutiennent des politiques publiques.

Enfin, le relèvement de la durée maximale des emprunts de l'Acoss lui donne des marges de manœuvre supplémentaires pour faire face à la situation actuelle. Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous sommes surtout favorables aux plans de reprise tels qu'ils ont été pratiqués entre 1976 à 1993, avant le plan Juppé : la Caisse des dépôts et le Trésor faisaient des avances à des taux inférieurs à ceux du marché. C'est le système que nous préconisons.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le PLFSS prévoit de porter le plafond d'emprunt de l'Acoss au niveau phénoménal de 65 milliards d'euros, contre 13 milliards en 2010. Il y a là un authentique problème qui doit nous alerter et nous inviter à repenser le statut de l'Acoss. Celle-ci n'est d'ailleurs pas l'organisme centralisateur qu'on prétend : les systèmes informatiques qui font le lien entre les comptables locaux et nationaux ne sont ni achevés, ni performants. Comment en est-on arrivé là ?

Pour le reste, porter la durée d'emprunt de douze à vingt-quatre mois ne nous gêne pas plus que cela. Nous nous abstenons à ce sujet.

M. le rapporteur général. Rien n'empêche l'Acoss de faire appel à la Caisse des dépôts à l'avenir si cela s'avère plus intéressant. Nous lui donnons de la flexibilité.

Je partage votre préoccupation, madame Mélin. Cette explosion tient à l'absence de reprise de dette. La loi spéciale que nous avons adoptée à l'unanimité ne prévoit pas de

plafond d'emprunt. Il est proposé d'en fixer un pour éviter les dérives ; c'est aussi le rôle de contrôle du Parlement.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certains dénoncent une financiarisation, mais heureusement que nous pouvons emprunter sur les marchés pour faire fonctionner le pays ! Nous ne pourrions pas, sinon, payer les fonctionnaires et tout ce qui doit l'être. Le Trésor négocie très bien. Mieux vaudrait évidemment éviter les déficits, mais pour cela, il faudrait arrêter de proposer sans cesse des dépenses !

M. Philippe Vigier (Dem). Les auteurs de l'amendement préconisent que l'Acoss se finance par l'emprunt plutôt que sur les marchés financiers, mais quand on emprunte, que je sache, c'est toujours auprès de quelqu'un. S'il s'agit de mettre en concurrence la Caisse des dépôts et les marchés financiers, prenez garde : ces derniers peuvent proposer des opérations bien plus favorables et tout autant sécurisées que la CDC, dont les taux sont indexés.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 13.

Article 14 : *Approbation de l'annexe pluriannuelle*

Amendement AS596 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Nous abordons une série d'amendements qui visent à tirer les conséquences des votes de la commission concernant les données présentées dans l'annexe. Je suis favorable à ce que nous modifiions celle-ci pour tenir compte de nos votes, mais je ne souhaite pas que nous supprimions des éléments qui ne relèvent pas de notre compétence de législateur mais du pouvoir réglementaire – comme la hausse des taux de cotisation à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales – ou dont nous n'aurions pas voté précédemment la suppression.

L'amendement AS596 tire ainsi les conséquences des amendements de suppression déposés à l'article 23 afin de tenir compte, dans l'annexe, de la revalorisation des pensions de retraite intervenue le 1^{er} janvier 2025. Il appartiendra au Gouvernement d'actualiser en séance les prévisions chiffrées de l'annexe au regard de la situation actuelle.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS597 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Dans un souci de sincérité et de cohérence avec l'amendement de suppression de l'article 7 bis A, cet amendement tire les conséquences de la suppression de la seconde journée de solidarité.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS504 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous souhaitons inscrire des hypothèses plus sérieuses de croissance et de progression de la masse salariale, en phase avec le retournement de cycle et le recul de l'activité économique qui sont à l'œuvre. L'objectif est de donner un fondement plus solide aux prévisions de recettes et de dépenses, loin du village Potemkine de

la Macronie. Les chiffres sont maquillés – ou enjolivés, si vous préférez – et surestiment les recettes. Vous prendrez ce prétexte pour repousser les amendements qui visent à couvrir les besoins de la sécurité sociale et à maintenir le niveau d'indemnisation de nos concitoyens.

M. le rapporteur général. Je ne cherche pas à maquiller quoi que ce soit mais à sincériser le PLFSS ; or les dernières prévisions tablent sur une croissance de 0,9 %. Si le budget est à nouveau censuré et que nous n'avons pas de PLFSS, les conséquences socio-économiques pourraient être dramatiques pour le pays, avec des destructions d'emplois, et votre prévision de 0,3 % pourrait devenir réalité. Cela nous ferait encourir une récession, ce que je ne souhaite pas.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Dans un contexte d'incertitude, les estimations doivent-elles taper trop haut, quitte à manquer de recettes pour mener les politiques, ou trop bas, quitte à avoir des bonnes nouvelles ? Votre prudence me laisse penser que vous préférez viser un peu en dessous qu'au-dessus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS531 de M. Hadrien Clouet

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Il s'agit de supprimer la ligne présentant la projection pluriannuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) jusqu'en 2028, dont dépend le budget des hôpitaux et des établissements de santé.

La Commission des comptes de la sécurité sociale, mais aussi le cardiologue Olivier Milleron, qui travaille sur ce sujet, André Grimaldi et de nombreux autres économistes s'accordent à dire que la hausse mécanique des dépenses des hôpitaux et des établissements de santé, liée au vieillissement de la population, à l'augmentation des maladies chroniques et au coût des traitements, est de 4,5 % par an. La projection qui nous est proposée est systématiquement inférieure, ce qui traduit un sous-financement. Elle empêchera de respecter la loi instaurant un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé que nous avons votée la semaine dernière. Rappelons enfin que le déficit des hôpitaux atteint 3,5 milliards d'euros et que 80 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont déficitaires. Je ne vois pas comment vos projections permettront de remettre l'hôpital à flot.

M. le rapporteur général. Vous pouvez questionner les prévisions, mais il est souhaitable que nous ayons une trajectoire. Faisons preuve de sérieux budgétaire et de responsabilité ; il faut savoir où l'on va.

Nous n'avons pas toujours respecté les prévisions pluriannuelles de l'Ondam ; elles ont évolué et l'Ondam a été régulièrement rectifié. L'outil de pilotage doit certainement être amélioré, mais nous ne pouvons pas supprimer cette information importante mise à la disposition des parlementaires.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Saluons déjà l'effort qui a été fait. L'Ondam hospitalier, en particulier, a été nettement revalorisé. Ce n'est jamais assez pour certains, qui demandent toujours plus d'argent ; mais à force d'en mettre toujours plus, l'ensemble risque de s'effondrer comme un trou noir. Un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montre que le système de santé pourrait réaliser 20 % à

25 % d'économies grâce à des réformes de structure. Il ne suffit pas d'accorder des moyens, il faut s'assurer qu'ils sont bien utilisés.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis effaré que certains veuillent supprimer des projections pluriannuelles. Les responsables d'hôpitaux de mon territoire demandent justement une visibilité sur plusieurs années. Le pilotage est la base des politiques publiques : on se projette et on se donne des objectifs. Les propos qui ont été tenus me conduisent à m'interroger sur la capacité de certains à gouverner et à prendre des responsabilités.

Par ailleurs, imposer des ratios de soignants par patient, c'est avec certitude judiciariser et bloquer l'hôpital. Les hôpitaux font aux mieux avec les effectifs dont ils disposent. Ne durcissons pas le cadre dans lequel ils exercent.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). La hausse de 4,5 % des dépenses des hôpitaux et des établissements de santé, confirmée par de nombreux économistes, est un minimum, un plancher. Vous sous-financez donc ces établissements.

Vous affirmez qu'il a des économies à faire, monsieur Lauzzana, mais jamais vous n'avez proposé aucun amendement en ce sens. Cela fait huit ans que vous êtes aux responsabilités et vous n'avez toujours pas trouvé la formule. Depuis le temps que vous annoncez un plan pour remettre l'hôpital à flot sans déboursier d'argent, nous ne voyons rien venir.

Pour recruter dans les hôpitaux, monsieur Turquois, il faut améliorer les conditions de travail – par exemple, réduire le nombre de patients par soignant. Quand vous prenez votre service aux urgences de Limoges avec vingt patients, cela a de quoi vous décourager ! La loi a été votée, il faut se donner les moyens de la respecter.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS526 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Nous souhaitons préciser le financement de la stratégie décennale 2024-2034 en matière de soins palliatifs. La fin de vie est trop souvent synonyme d'inégalités territoriales : vingt et un départements, dont le mien, la Sarthe, ne disposent pas d'unité de soins palliatifs. La moitié des besoins ne sont pas couverts.

Le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie examiné au printemps 2024 aurait dû permettre de préciser la stratégie nationale pour le développement des soins d'accompagnement. La dissolution a interrompu ces discussions essentielles qui auraient permis, par exemple, de développer les soins d'accompagnement dans les établissements médicaux et médico-sociaux ainsi qu'à domicile. Pour rappel, alors que 80 % des Français souhaitent mourir chez eux, 70 % des décès ont lieu à l'hôpital. Alors que le Premier ministre a multiplié les propos mensongers et déformants, je tiens à rappeler que le renforcement des soins palliatifs et l'ouverture de l'aide médicale à mourir sont deux piliers complémentaires. Nous devons pouvoir répondre à toutes les situations de fin de vie.

M. le rapporteur général. Votre amendement me plaît sur le fond. J'entends l'appel que vous lancez – j'ai d'ailleurs déposé en 2023 une proposition de loi de programmation pour le développement des soins palliatifs. Nous sommes nombreux à partager votre préoccupation.

Le déploiement des soins palliatifs est engagé, mais certains territoires restent dépourvus. Il faut que les moyens suivent – les moyens financiers, certes, mais aussi les moyens humains, les compétences et la formation. À mon grand regret, aucun article du PLFSS ne fait référence à ces sujets.

Je maintiens ma position de principe consistant à ne modifier l’annexe que pour tirer les conclusions des votes que nous avons eus en commission. Avis défavorable.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous consacrons beaucoup de temps à un article qui n’a aucune portée législative. La valeur de l’annexe est proche de zéro, quasi symbolique.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Quand nous parlons de finances, on nous renvoie à l’humain, mais quand nous évoquons les effectifs, on nous répond que le véhicule n’est pas le bon. Nous sommes donc un peu coincés, empêchés d’aller plus loin.

Certains affirment que nous dépensons déjà des mille et des cents en faveur de l’hôpital et de la santé. Je ne pensais pas que nous nous livrions à un quelconque gaspillage dans ce domaine, mais j’ai voulu vérifier, en toute bonne foi, et j’ai donc consulté le *Panorama de la santé 2023* publié par l’OCDE. Le graphique 7.5, présenté à la page 159, permet de comparer les dépenses de santé par habitant ajustées en fonction de l’âge : il montre que la France dépense moins que les États-Unis, l’Allemagne, la Norvège, les Pays-Bas, la Suisse, l’Irlande, la Belgique, la Nouvelle-Zélande ou le Canada. La France ne fait donc pas partie des pays de l’OCDE qui dépensent le plus en matière de santé. Au contraire, la sécu nous permet de bien maîtriser nos dépenses par rapport au service rendu.

La commission adopte l’amendement.

Amendements AS506 de M. Damien Maudet et AS521 de M. Hadrien Clouet (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Par ces deux amendements, nous voulons rendre nos textes législatifs conformes au souhait réitéré par l’immense majorité du peuple français à l’occasion des dernières élections. La plupart de nos concitoyens désapprouvent le report à 64 ans de l’âge légal de départ à la retraite ; aussi les députés appartenant à notre plateforme politique entendent-ils faire voter par tous les moyens possibles, dans tous les véhicules disponibles, l’abrogation de cette réforme.

M. le rapporteur général. Ces amendements et les suivants portent sur des sujets qui seront abordés dans le cadre de la concertation des partenaires sociaux annoncée par le Premier ministre à propos de la réforme des retraites. Il appartiendra au Gouvernement de se saisir des résultats de ce « conclave » et de déposer un projet de loi au Parlement. J’ai lu avec attention vos amendements d’appel, qui ne m’ont pas surpris, et j’attends moi-même que nous discussions d’un certain nombre de sujets importants, que le Premier ministre a mis sur la table, tels que les droits familiaux, les droits conjugaux, l’égalité professionnelle ou la pénibilité, mais cette annexe du PLFSS n’est pas le bon véhicule – autrement dit, c’est un véhicule qui ne circule pas ! Je comprends que vous cherchiez des victoires symboliques, mais ce qui compte, ce sont les actes concrets. Ne trompons pas les Français !

Demande de retrait.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Ces excellents amendements s'inspirent d'une proposition de loi que nous avons inscrite à l'ordre du jour de notre niche parlementaire, le 31 octobre dernier. La majorité de l'Assemblée nationale ne réclame pas une concertation susceptible de conduire à l'abrogation de la réforme des retraites, mais l'abrogation pure et simple de cette dernière. D'ailleurs, 55 % des députés siégeant dans notre hémicycle ont été élus sur cette promesse.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'ose à peine m'exprimer car je crains de recevoir à nouveau 2 000 à 3 000 courriels d'injures ou de contestations, mais je trouve totalement déplacé de remettre ce sujet au cœur des débats. Comme l'a dit le rapporteur général, ces amendements ne sont qu'incantatoires : ils ne construisent rien. J'y suis donc fermement opposé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Vous dites, monsieur le rapporteur général, qu'il appartiendra au Gouvernement de déposer un projet de loi, mais il ne nous laisse même pas examiner les textes qui arrivent à l'Assemblée nationale. Il sabote les séances de niche en faisant traîner les débats jusqu'à minuit pour que nous ne puissions pas discuter du fond ; sur d'autres textes, il utilise l'article 49, alinéa 3, de la Constitution pour nous empêcher de voter. Vous n'y êtes pour rien, monsieur Bazin, mais comprenez que nous n'avons dans le Gouvernement qu'une confiance relativement réduite ! Vous nous appelez à ne pas tromper les Français, mais ils se sont fait avoir : aux dernières élections, ils ont voté à une grande majorité pour des candidats favorables à l'abrogation de la réforme des retraites, mais ils se retrouvent avec un gouvernement qui la maintient. Même si ce véhicule ne circule pas, même s'il n'a pas de roues, il a au moins le mérite d'exister.

Mme Annie Vidal (EPR). Lorsque nous discutons du PLFSS, nous devons faire preuve d'un minimum de responsabilité. Si ce texte emblématique doit refléter la politique publique que nous souhaitons mener, il n'en reste pas moins très technique. Modifier une annexe n'a jamais permis de changer la loi. Vous ne donnerez que des coups d'épée dans l'eau, mais au moins pourrez-vous publier votre capsule vidéo sur les réseaux sociaux.

Vous nous donnez des leçons concernant les niches parlementaires, mais malgré votre mauvaise foi permanente, nous avons voté jeudi dernier l'un de vos textes, dont la date d'entrée en vigueur est déjà obsolète et dont vous dites désormais qu'il n'est pas applicable. Un peu de sérieux ! De quoi avons-nous l'air ? Les Français attendent que nous soyons responsables et que nous dotions la France d'un budget.

Mme Sandrine Runel (SOC). Il me semble au contraire très sérieux de débattre de l'abrogation de la réforme des retraites en commission des affaires sociales. Dans l'attente des résultats du conclave, ne perdons pas une occasion d'essayer d'abroger cette réforme injuste ! Notre groupe soutiendra donc ces amendements, que nous avons d'ailleurs nous-mêmes déposés en première lecture.

La commission adopte l'amendement AS506.

En conséquence, l'amendement AS521 tombe.

Amendements AS28, AS30 et AS29 de Mme Océane Godard (discussion commune)

M. Joël Aviragnet (SOC). Dans sa lettre du 16 janvier 2025 adressée aux présidents Boris Vallaud et Patrick Kanner, le Premier ministre a promis d'organiser une conférence

sociale sur la réforme des retraites. Il a précisé devant l'Assemblée nationale : « *Cette conférence sociale permettra, nous le croyons, de déboucher sur un accord. Nous le croyons parce que nous croyons, tout comme vous, j'imagine, à la capacité des partenaires sociaux à progresser. La démocratie sociale est un des piliers de la démocratie française [...].* » Vous conviendrez, monsieur le rapporteur général, qu'un tel engagement mérite de figurer dans le texte législatif lui-même. Aussi notre amendement AS28 vise-t-il à inscrire noir sur blanc, dans l'annexe du PLFSS, le principe d'une conférence sociale sur la réforme des retraites, en précisant ses modalités et la suite concrète qui sera donnée à ses conclusions. Nous renforcerons ainsi la démocratie sociale, comme le souhaite le Premier ministre, et nous respecterons les engagements pris devant les Français.

Je retire nos deux autres amendements, AS30 et AS29.

M. le rapporteur général. Je comprends votre attente, d'autant qu'il me semble que votre groupe a eu des discussions très intenses avec le Premier ministre. Pour ma part, je n'ai pas reçu, à ce stade, d'amendements du Gouvernement visant à modifier l'annexe – peut-être y en aura-t-il ultérieurement, en fonction de l'avancée des discussions.

Votre amendement me gêne car il ne me paraît pas conforme à la Constitution, qui donne au seul Gouvernement le pouvoir d'inscrire un projet de loi à l'ordre du jour du Parlement. J'aurais été plus à l'aise si le Gouvernement avait d'ores et déjà traduit, par des amendements, ses intentions sur un certain nombre de sujets. Il a notamment pris des engagements s'agissant de l'Ondam, qui devra être rectifié, si j'en crois certains échanges de courriers – mais je relève que vos demandes dépassent parfois ce qui figure dans ces lettres... Pour ma part, je suis spectateur de cette négociation. J'espère simplement qu'elle se fait dans l'intérêt de la France. Je tiens à ce que les rôles de chacun soient clairs : n'étant pas le représentant du Gouvernement, mais le rapporteur général de notre commission, je donne à votre amendement un avis défavorable.

M. Gaëtan Dussausaye (RN). Je comprends votre volonté d'inscrire noir sur blanc la tenue de cette conférence, puisque les négociations sont *a priori* suspendues entre le Gouvernement et votre groupe, qui a été « submergé » par la réalité. Il est évident que cette annexe est pour vous une sorte de plan B.

Nous allons vous soutenir, mais puisque vous parlez d'engagement, je vous rappelle que le vôtre, pendant la campagne des dernières élections législatives, n'était pas d'organiser une conférence, mais de revenir sur le report de deux ans de l'âge légal de départ à la retraite. Lors de notre dernière niche parlementaire, nous vous avons donné l'occasion d'obtenir l'abrogation de cette réforme, mais vous avez refusé de voter notre texte, main dans la main avec les macronistes.

La commission adopte l'amendement AS28, les amendements AS30 et AS29 ayant été retirés.

Amendement AS524 de Mme Zahia Hamdane

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). « Enfin vivre ! » Tel était le slogan de la gauche qui, en 1981, rendait justice aux travailleurs en instaurant la retraite à 60 ans. Voilà un principe que nous, Insoumises et Insoumis, continuons de faire nôtre : travailler moins, travailler mieux, pour travailler toutes et tous. La retraite n'est pas l'antichambre de la mort, mais une nouvelle étape de la vie, et souvent de la vie associative, citoyenne et politique.

L'abandon de la retraite à 60 ans est une folie. De fait, l'espérance de vie en bonne santé est en moyenne de 63 ans, la trajectoire des dépenses de l'assurance vieillesse est maîtrisée, selon le Conseil d'orientation des retraites, et le report de l'âge légal de départ aggrave le chômage des seniors.

Quoi qu'il en soit, nous avons un mandat populaire pour abroger la retraite à 64 ans, puisque 93 % des actifs sont opposés à cette réforme. Nous allons donc une nouvelle fois montrer que nous sommes majoritaires pour l'abroger.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu ce débat. Cette disposition n'aurait aucun impact dans l'annexe. Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS530 de M. Damien Maudet

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). En 2023, lors de la Conférence nationale du handicap, le Président de la République a annoncé un plan de développement pluriannuel ambitieux prévoyant la création, d'ici à 2030, de 50 000 nouvelles solutions pour les enfants et adultes en situation de handicap. Cette annonce paraît cependant beaucoup moins ambitieuse quand on la met en perspective avec le désengagement de l'État de la politique publique du handicap. Pourquoi avoir mis l'accent sur la transformation de l'offre, alors que le Collectif Handicaps juge cette dernière inexistante et que l'attente d'une solution d'accueil peut durer de deux à quinze ans ? Il convient donc avant tout de développer l'offre et, pour ce faire, de prévoir les financements adéquats. Aussi proposons-nous de sanctuariser l'enveloppe de 1,5 milliard d'euros promise pour permettre le déploiement du plan « 50 000 solutions » par les agences régionales de santé (ARS). Au-delà de ces mesures, nous appelons de nos vœux la mise en œuvre d'une politique ambitieuse, passant par un renforcement important des moyens dédiés à l'accompagnement des adultes et des enfants en situation de handicap, en établissement comme à domicile.

M. le rapporteur général. Ce sujet me tient à cœur. J'ai d'ailleurs présidé, lors de la précédente législature, le groupe d'études sur l'autisme et j'aurai plaisir à poursuivre ces échanges avec vous. Si nous arrivons à mieux traiter les personnes en situation de handicap, c'est toute la société qui progressera.

La Conférence nationale du handicap a effectivement adopté un plan ambitieux. Toutefois, le montant que vous évoquez concerne la transformation de l'espace public et des transports en commun pour faciliter leur accessibilité – un enjeu certes majeur, mais qui passe notamment par une aide à l'investissement des collectivités locales et ne relève pas à proprement parler du PLFSS.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous soutenons évidemment cet amendement.

Nous avons fait voter en première lecture de nombreux amendements à l'annexe, que nous n'avons toutefois pas redéposés en nouvelle lecture. Je pense notamment à un amendement réitérant notre demande d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge. Pourrions-nous nous concerter, avant l'expiration du délai de dépôt des amendements en séance publique, demain à seize heures, afin de déposer un amendement commun qui nous permettrait de rappeler aux ministres concernés, dans l'hémicycle, que les parlementaires ont

voté à l'unanimité, dans le cadre de la loi « bien-vieillir », le principe d'une loi de programmation qui aurait dû être promulguée avant le 31 décembre 2024 ? Nous réitérons notre demande d'une telle loi, adossée à la tenue d'une conférence de financement. En effet, le problème du financement du grand âge ne doit pas être abordé par le petit bout de la lorgnette, comme on le fait en proposant d'instaurer sept heures de travail non rémunérées, mais en passant en revue toutes les ressources susceptibles d'être mobilisées.

Nous voterons contre la deuxième partie du PLFSS. Amputée de ses articles 6 et 7, elle ne permet de dégager aucune recette nouvelle, alors que nous en avons grand besoin pour financer toutes les dépenses que nous jugeons nécessaires.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle rejette l'article 14.

Elle rejette ensuite l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, modifiée.

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{er} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 15 : *Réguler les dépenses dans le champ conventionnel*

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS509 de Mme Zahia Hamdane.

Amendement AS324 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous nous opposons aux politiques de restrictions budgétaires imposées au secteur du transport sanitaire. L'augmentation des frais de transport n'est pas liée à je ne sais quelle gabegie ou dépense inutile, mais aux problèmes d'aménagement du territoire, à la concentration des centres hospitaliers et à l'éloignement des lieux de soins. Les entreprises de transport sanitaire, les ambulanciers et les taxis expliquent bien que la diminution du nombre de lieux de prise en charge de proximité entraîne, à pathologies constantes, un allongement des distances parcourues et donc un accroissement des dépenses. Dès lors, il nous paraît inutile, inefficace et même contre-productif de pénaliser celles et ceux qui font exister ce système. Si l'on baisse les tarifs applicables aux taxis, ces derniers n'auront plus les moyens de transporter les patients : pour faire des économies de bout de chandelle, on va détériorer un système qui fonctionnait bien, et nos concitoyens vont renoncer aux soins.

M. le rapporteur général. Comme un certain nombre de nos collègues, je suis l' élu d'une circonscription rurale comprenant de très nombreuses communes. Je suis donc très soucieux de l'aménagement du territoire, une question liée à celle de l'accès aux soins.

Même les entreprises concernées admettent que des économies peuvent être réalisées dans le secteur des transports sanitaires. La dépense totale a atteint 6,3 milliards d'euros en 2023, soit une hausse de 9 % par rapport à 2022. Il ne s'agit cependant pas de faire des économies en donnant aveuglément des coups de rabot ; au contraire, il faut étudier les choses de manière assez fine. Depuis mon élection comme rapporteur général, il y a une semaine, j'ai

tenu à rencontrer le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), à qui j'ai demandé de veiller à ne pas pénaliser les transports sanitaires si essentiels à nos territoires ruraux.

Je suis défavorable à votre amendement, mais j'appelle au report de la date butoir fixée pour la conclusion d'un accord avec les représentants du secteur, afin de donner du temps à la négociation, qui n'a d'ailleurs pas encore commencé. Le directeur général de la Cnam lui-même m'a indiqué qu'il avait besoin de ce temps.

Nos échanges doivent permettre de préciser l'intention du législateur s'agissant du mandat donné au directeur général de la Cnam dans cette négociation. Il nous faut donc clarifier les objectifs qu'il doit viser et les principes qui doivent le guider. Il convient de lutter contre les excès et les abus qui choquent nos concitoyens, tout en évitant, je le répète, les coups de rabot aveugles.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'aurais aimé que vous teniez le même discours vis-à-vis des entreprises d'ambulances, qui ont toutes arrêté, les unes après les autres, de faire rouler leurs véhicules sanitaires légers (VSL). Elles offrent pourtant un service médical tout à fait reconnu, dont la qualité est garantie par le suivi de formations obligatoires. Elles subissent actuellement un mouvement de financiarisation majeur, qui concernera aussi bientôt les taxis. Je comprends que l'on aide ces derniers, au nom du maillage territorial, mais il aurait également fallu soutenir les ambulanciers, car la diminution du nombre de VSL en service pose de gros problèmes en matière d'accès aux soins.

M. Joël Aviragnet (SOC). Dans ma circonscription, de plus en plus de transports sanitaires doivent être organisés vers Toulouse, faute de médecins sur place. Les transporteurs doivent évidemment attendre le patient : lorsqu'ils viennent de Saint-Gaudens, à 90 kilomètres de la métropole, ils n'ont pas la possibilité d'assurer une autre course. Or, pour une distance inférieure à 100 kilomètres, ce temps d'attente n'est pas pris en compte par l'assurance maladie. S'il n'est pas rémunéré, il n'y aura bientôt plus d'accès aux soins ! Je veux bien que l'on fasse des économies, mais pas de manière absolue ni sans tenir compte de la réalité des territoires ruraux.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je souscris aux propos de M. Aviragnet : en milieu rural, nous avons besoin d'une offre de véhicules de transport sanitaire. Cependant, les transporteurs eux-mêmes admettent que certaines pratiques sont vertueuses tandis que d'autres ne le sont pas : ils déplorent notamment les changements d'affectation, ou le fait que les prescriptions de transport assis soient assurées comme du transport couché. Nous devons donc donner au directeur général de la Cnam le mandat d'examiner ces pratiques, de les évaluer et de les adapter à la réalité des territoires.

L'intervention de Mme Mélin m'a rendu perplexe, car je pensais que les transports sanitaires incluaient les ambulances. Mais peut-être n'ai-je pas tout bien compris.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Merci, monsieur le rapporteur général, d'avoir ouvert un dialogue que nous n'avions pas eu depuis bien longtemps. Vous savez que les chauffeurs de taxi sont très mobilisés en ce moment, et qu'ils sont capables de bloquer l'esplanade des Invalides en vingt-quatre heures !

Le Gouvernement demande la réalisation de 300 millions d'euros d'économies. Or les transporteurs sont confrontés, d'une part, à une inflation qui explose et fait grimper les

coûts de carburant et d'entretien des véhicules, et d'autre part, à l'allongement des distances du fait de la désertification médicale. Cet effet de ciseaux vient sabrer les comptes des artisans taxis. L'un des moyens de faire des économies est de généraliser les transports partagés, mais ces derniers posent problème, tant en matière de secret médical – votre voisin n'a pas à savoir quelle est votre pathologie – que pour la protection de la santé des patients immunodéprimés. On observe donc une forme d'ubérisation du transport sanitaire : le temps de travail s'allonge, avec des semaines de 60 heures étalées sur six jours, et le travail de nuit devient récurrent. Les chauffeurs vont craquer ; or les grands groupes de transport sanitaire, qui veulent leur part du gâteau, se trouvent en embuscade.

Je crains donc que cette mesure budgétaire soit la première étape d'un changement de système plus général, où l'artisan taxi perdra l'accès aux prestations remboursées par l'assurance maladie au profit de grands groupes qui salarieront leurs chauffeurs et les paieront au Smic.

Mme Josiane Corneloup (DR). Nous sommes effectivement confrontés à une croissance exponentielle des dépenses de transport sanitaire. Il serait cependant plus judicieux d'encourager le transport partagé que de l'imposer, car il faut tenir compte des spécificités des territoires ruraux, où les patients sont parfois éloignés les uns des autres de 50 ou 60 kilomètres. Par ailleurs, il n'est pas envisageable que des patients fragiles, vulnérables, passent toute la journée dans un taxi. L'augmentation des besoins est indéniable, du fait de l'allongement de l'espérance de vie. De surcroît, les hôpitaux sont de plus en plus concentrés, ce qui accroît les distances à parcourir. On constate effectivement une concentration du secteur du transport sanitaire, et nous devons lutter contre sa financiarisation. La réalisation de 300 millions d'euros d'économies par une politique du rabot autoritaire est inacceptable ; les mesures à prendre devraient au moins être décidées dans la concertation.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS618 de M. Thibault Bazin et AS13 de M. Jérôme Guedj

M. le rapporteur général. Comme le PLFSS 2025 n'a pas été adopté avant la fin de l'année 2024, nous vous proposons de décaler la date butoir de conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale du 30 juin au 30 septembre et, par cohérence, de repousser, à défaut d'accord, la possibilité pour la Cnam de baisser les tarifs du 31 juillet au 31 octobre. Je redis mon plein soutien à la concertation.

Concernant la discussion précédente, c'est l'article 17 et non le 15 qui traite des taxis. Madame Mélin, l'article 15 ne prévoit pas l'arrêt des VSL. Comme Mme Corneloup, je défends la concertation.

La commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'article 15 modifié.

Article 15 bis A (nouveau) : *Définition par les conventions professionnelles d'engagements et d'objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé*

Amendement AS620 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à retenir la rédaction de l'article 15 bis A adoptée par la CMP à la fin de l'année dernière. L'article prévoit que les conventions professionnelles comporteront désormais des objectifs de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels. La CMP en a étendu l'application aux conventions avec les pharmaciens d'officine, lesquels sont également concernés par ces enjeux : cet élargissement du champ de l'article me semble important.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 bis A modifié.

Article 15 bis B (nouveau) : *Lutter contre la fraude aux audioprothèses en renforçant les contrôles pesant sur le respect de leurs obligations par les audioprothésistes conventionnés*

La commission adopte l'article 15 bis B non modifié.

Article 15 bis : *Régulation des centres de soins non programmés*

Amendements identiques AS621 de M. Thibault Bazin et AS264 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. L'amendement vise, là aussi, à retenir la rédaction adoptée, dans le consensus, par la CMP. Nous souhaitons intégrer les cabinets médico-infirmiers, qui avaient été oubliés, dans la définition des structures pouvant constituer un centre de soins non programmés.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L'amendement AS264 est défendu.

La commission adopte les amendements.

Amendements identiques AS622 de M. Thibault Bazin et AS632 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. L'amendement a pour objet de supprimer une disposition introduite par le Sénat sur ces structures : complexe et obscure, elle repose sur un ratio entre la patientèle du médecin traitant et celle de l'ensemble du centre. En outre, cette définition n'a pas de lien direct avec l'essence des soins non programmés.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L'amendement AS632 est défendu.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS519 de Mme Élise Leboucher

M. Damien Maudet (LFI-NFP). L'amendement vise à intégrer au cahier des charges des structures de soins non programmés le critère d'absence de dépassements d'honoraires.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un sujet complexe. La Cnam négocie avec les centres qui font bien leur travail pour que ceux-ci bénéficient à nouveau des majorations. La suppression un peu brutale de ces dernières pose problème à de nombreux centres, dont nous

avons besoin dans nos territoires, surtout pour assurer des soins non programmés. Certains centres vertueux souffrent de faiblesses que votre amendement ne réduit pas. Je suis donc défavorable à son adoption.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS624 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement a pour objet d'associer les représentants du secteur des soins non programmés à l'élaboration du cahier des charges.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS191 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'objectif de l'amendement est de renforcer la coordination entre les acteurs du système de santé en intégrant les ordres professionnels dans le circuit d'information et de déclaration relatif aux activités des professionnels de santé. Les ordres professionnels jouent un rôle clef dans le suivi des pratiques, la protection des patients et le respect des règles déontologiques. Leur implication dans les circuits d'information et de déclaration assurerait une meilleure traçabilité des données et garantirait l'élaboration d'une réponse adaptée aux situations signalées. Cette disposition vise également à faciliter la communication entre les autorités publiques et les ordres professionnels, lesquels disposent d'une expertise spécifique. En les intégrant au circuit, il sera possible de renforcer le contrôle et la supervision des pratiques tout en soutenant les professionnels dans leurs démarches administratives et déclaratives.

M. le rapporteur général. Je partage votre souci d'assurer une bonne circulation de l'information avec les ordres professionnels, dès lors que se présente un enjeu touchant à leurs missions. Je ne suis néanmoins pas persuadé de l'opportunité d'alourdir le système en imposant une obligation déclarative aux professionnels de santé, d'autant que certains ordres reçoivent déjà des informations.

S'agissant des soins non programmés, l'intervention de professionnels est parfois fort opportune pour dépanner. Certains dispositifs prévoient une collaboration entre eux et les centres hospitaliers. Il est nécessaire de compter des professionnels dans ces centres, pas uniquement des médecins d'ailleurs.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS438 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). L'amendement vise à ce que les professionnels de santé libéraux participent activement aux permanences de soins, comme en dispose un article de la proposition de loi transpartisane contre les déserts médicaux. Depuis que l'obligation de permanence des soins a été supprimée, le volontariat se révèle insuffisant. En 2019, seuls 38 % des médecins y ont participé et ce taux ne cesse de diminuer. Dans certains départements, la situation est catastrophique : à Paris, il ne dépasse pas 8 %. La disparité territoriale ne cesse de s'accroître, au détriment des personnes vivant dans des déserts

médicaux, où l'absence d'hôpitaux comptant un service d'urgences rend la situation encore plus dramatique.

L'objectif de l'amendement est de garantir une couverture médicale équitable dans l'ensemble du territoire national, en faisant participer tous les personnels de santé à la permanence des soins.

M. le rapporteur général. L'action des centres de soins non programmés est d'autant plus pertinente que ceux-ci participent à la permanence des soins. Les évolutions en cours font débat au sein de notre commission, car certains territoires bénéficient d'une organisation reposant sur une bonne entente entre les différents acteurs quand d'autres pâtissent d'un manque de volonté d'assurer la permanence des soins.

Je comprends votre intention, mais le dispositif de votre amendement n'apporte rien à la rédaction actuelle de l'article 15 *bis*, car, outre l'article L. 6314-1 du code de la santé publique qui définit la permanence des soins, il renvoie à l'article L. 1110-4-1 du même code, lequel renvoie au précédent. Le caractère circulaire de votre proposition la rend inutile.

Je vous demande de retirer l'amendement, à défaut l'avis sera défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Vous avez fait allusion à une proposition de loi contre les déserts médicaux, que vous qualifiez de transpartisane mais dont le groupe Rassemblement National n'a été informé qu'après son dépôt. Une telle méthode est indécente, car la santé devrait être, dans l'intérêt de nos concitoyens et des patients, un sujet apolitique.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 bis modifié.

Article 15 ter : *Avancer la date d'entrée en vigueur de la réforme du financement au forfait de la radiothérapie*

La commission adopte l'article 15 ter non modifié.

Article 15 quater : *Rapport sur le financement des actes innovants de biologie*

La commission adopte l'article 15 quater non modifié.

Article 15 quinquies : *Rapport sur l'indexation des tarifs des actes infirmiers sur l'inflation*

Amendement AS441 de Mme Karen Erodi

Mme Karen Erodi (LFI-NFP). La profession des infirmières est en crise et 54 % d'entre elles envisagent de la quitter. Cette situation découle d'un manque de reconnaissance, de la difficulté des conditions de travail et de l'insuffisance des rémunérations. Nous devons agir !

L'article 15 *quinquies* a pour objet de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur la rémunération des infirmières. L'amendement vise à étendre le

champ de cette étude en y intégrant l'examen de la revalorisation de l'indemnité kilométrique. De fait, les infirmières libérales parcourent des dizaines de kilomètres chaque jour : le remboursement de ces trajets est insuffisant et inégal selon les territoires, notamment en montagne.

Nous souhaitons également que le rapport traite de la formation des infirmières. Avec ma collègue Sandrine Runel, nous travaillons à la rédaction d'une proposition de loi visant à allonger leurs études à quatre ans, comme le demandent les syndicats et l'exige une directive européenne.

Pour une question d'attractivité du métier, de santé publique et d'accessibilité, adoptons cet amendement !

M. le rapporteur général. L'idée d'examiner les modalités de calcul de l'indemnité kilométrique des infirmiers est intéressante. Vous voulez compléter le périmètre du rapport en y intégrant, outre la question de l'indemnité kilométrique, celle de la formation.

Est-il opportun d'accompagner la demande d'un rapport de la solution que l'on préconise – en l'occurrence, l'allongement de la durée de la formation ? Il me semble opportun de conserver le libellé du rapport, afin d'ouvrir le champ des possibles, sachant que les orientations que vous défendez font partie des pistes d'évolution envisageables. Je suis sensible aux attentes des infirmiers.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 quinquies non modifié.

Article 16 : *Étendre le champ de l'accompagnement à la pertinence des prescriptions*

Amendements de suppression AS122 de M. Sébastien Peytavie et AS522 de M. Damien Maudet

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Conditionner la prise en charge à des procédures administratives additionnelles constituerait nécessairement un frein supplémentaire à l'accès aux soins : une telle mesure découragerait certains patients, déjà précaires ou vivant dans des zones sous-dotées en offre médicale, de se soigner.

Le plus nocif pour notre système de soins n'est pas le mésusage de ceux-ci mais les inégalités de leur accès, alors qu'un tiers de la population vit dans un désert médical et qu'un tiers a déjà renoncé à des soins médicaux. D'autres solutions, qui ne culpabilisent ni les patients ni les prescripteurs, existent pour s'assurer que les médicaments ou les actes prescrits correspondent aux besoins des patients. Voilà pourquoi nous souhaitons la suppression de l'article.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je défends l'amendement AS522.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a créé un mécanisme d'accompagnement de la pertinence des prescriptions. Il ne concerne actuellement que les dispositifs médicaux, les médicaments et différentes prestations qui peuvent lui être associées. Dans ce système, une prescription qui ne correspond pas au référentiel n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

L'article 16 souhaite approfondir ce mécanisme de pertinence des prescriptions à la biologie médicale et aux transports sanitaires, afin d'économiser respectivement 66 millions et 20 millions d'euros : comme toujours, vous ne cherchez pas à répondre aux besoins de santé, vous ne pensez qu'à dégager des économies. Tout cela correspond à un politique simple, celle de faire peser le soupçon sur les patients et les professionnels : une telle approche est moralement et éthiquement condamnable, d'autant qu'il est inefficace d'intervenir dans la nature des prescriptions.

La mesure est également nuisible car elle amputera le temps que les professionnels consacrent à l'activité médicale. Au tarif, certes souvent insuffisant, auquel ceux-ci sont rémunérés, avez-vous calculé le coût en heures de travail ponctionnées ? Nous allons payer des gens à remplir des formulaires destinés à faire soi-disant des économies. Nous serons perdants et les patients le seront également.

M. le rapporteur général. J'ai entendu les inquiétudes exprimées par les associations d'usagers et il est vrai que la portée de l'article 16 n'apparaissait pas clairement. Voilà pourquoi j'ai voulu avoir, bien que je ne sois rapporteur général que depuis une semaine, un échange avec le directeur général de la Cnam, afin de connaître l'usage du dispositif qu'envisagent la Caisse nationale et le Gouvernement – cet article ne résulte pas d'une initiative parlementaire.

Le dispositif s'applique aux médicaments depuis la LFSS 2024, mais il n'a pas encore été déployé et il ne touchera, à partir du mois de février, que certains médicaments antidiabétiques dont le mésusage est répandu. Le directeur général de la Cnam n'a pas l'intention d'étendre l'application du dispositif dans les prochains mois. L'approche retenue est plutôt celle d'un ciblage des actes et des examens connaissant un mésusage massif. Notre responsabilité nous commande, dans l'intérêt des patients, de nous pencher sur la question et de lui faire une place dans nos débats. Il faudra fortement encadrer l'application du dispositif, mais celui-ci ne correspond pas à votre description d'économies de bouts de chandelle, monsieur Clouet. J'émetts un avis défavorable à l'adoption des amendements.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Le dispositif cible des usages très précis. Des innovations intéressantes se déploient, mais elles sont coûteuses et ciblées. Il est inutile de dépenser beaucoup d'argent pour des instruments mal utilisés. Autant il faut que les patients bénéficient le plus rapidement possible des innovations précieuses, autant il ne faut pas que celles-ci inondent un marché qui n'en a pas besoin. On ne parle pas là de 10 000 papiers à remplir pour les praticiens : seules quelques centaines de patients seront concernés.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le dispositif n'entrera pas en vigueur avant février prochain, mais j'ai l'impression que tout le monde en connaît déjà le fonctionnement. Je me permets d'émettre un doute. Vous me dites qu'il n'impliquera que quelques centaines de formulaires : j'espère que les faits vous donneront raison, mais vous ne savez pas exactement ce qu'il se passera le mois prochain et les souhaits sont souvent déçus en Macronie.

Le patient transmet un formulaire rempli par un prescripteur : tant que nous ignorons le nombre d'heures en équivalents temps plein que ce processus immobilisera, nous ne pouvons pas soutenir son déploiement. Si vous avez les moyens de nous rassurer d'ici à la séance publique, nous vous écouterons bien entendu, mais il n'est sans doute pas évident de récolter l'ensemble des informations d'ici à la semaine prochaine.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Nous avons auditionné la Cnam à l'occasion de l'examen du PLFSS 2024. Le dispositif n'est pas encore appliqué et je vous rejoins sur la nécessité de l'évaluer une fois déployé.

Néanmoins, nous devons traiter le sujet de la pertinence des prescriptions. Depuis 2017, date de mon entrée à l'Assemblée nationale, nous n'avons cessé de dire qu'il était nécessaire que la sécurité sociale réalise des économies sur la pertinence des prescriptions. Les professionnels de santé sont d'accord pour travailler dans ce sens ; or nous ne parvenons pas à trouver des leviers efficaces pour progresser. Nous devons essayer de donner à la Cnam des outils efficaces dans ce domaine : tous les bénéficiaires de la sécurité sociale en tireraient profit.

M. Hendrik Davi (EcoS). Un médecin consciencieux établit des prescriptions adaptées à ses patients. Si les prescriptions ne sont pas pertinentes, cela signifie que la formation continue des médecins est insuffisante. Nous pourrions laisser les entreprises pharmaceutiques et les sociétés innovantes dans le domaine de la santé assurer la formation continue des médecins.

Mme Joëlle Mélin (RN). Pour une fois, je partage les propos de M. Davi. Commençons par supprimer les deux premières années d'errance du parcours d'accès spécifique santé et de licence accès santé, au cours desquelles il n'y a aucun contact avec les malades ni avec la prescription, la clinique et la paraclinique. Il faut revoir les études de médecine, afin que les étudiants soient performants dès la deuxième ou la troisième année. Les jeunes médecins ne peuvent pas être bons après le cycle d'études qu'ils suivent. Quant à la formation continue, elle est sans doute insuffisante.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Les innovations sont peu nombreuses mais coûteuses. Il y a un problème de formation des professionnels, mais également d'éducation des patients. Lorsqu'un médicament très onéreux est prescrit, encore faut-il que le malade le prenne : c'est cela qu'il convient de contrôler.

La commission adopte les amendements.

*En conséquence, l'article 16 est **supprimé** et les amendements AS168 de M. Jérôme Guedj, AS292 de M. Yannick Monnet et AS52 de M. Laurent Panifous, les amendements identiques AS210 de Mme Sandrine Rousseau et AS325 de Mme Karine Lebon ainsi que les amendements AS123 et AS124 de M. Sébastien Peytavie et AS623 de M. Thibault Bazin tombent.*

Article 16 bis A (nouveau) : *Échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire*

Amendement de suppression AS328 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'article 16 bis A prévoit un système de transferts d'informations qui nous semble pâtir de plusieurs faiblesses. Tout d'abord, ils ne sont pas forcément utiles, car ils existent déjà dans des cadres sécurisés. En outre, l'assurance maladie dispose d'outils plus efficaces pour contrôler les prix que les transferts d'informations. Ainsi, tout professionnel convaincu de fraude est déconventionné : un tel dispositif présente une utilité supérieure à celle de l'article.

Nous sommes assez sceptiques sur l'opportunité d'intégrer des intermédiaires indépendants dans les circuits de transmissions d'informations à caractère privé.

Inutile et fallacieux, nous proposons de supprimer l'article 16 *bis* A.

M. le rapporteur général. Il faut améliorer les échanges de données. Lors des auditions menées à l'automne, une forte attente s'est exprimée sur le sujet. Les échanges doivent être encadrés : ils le sont strictement, selon des modalités arrêtées par un décret en Conseil d'État pris après l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité administrative indépendante pointilleuse dans le contrôle d'éventuels abus. Seules les informations absolument nécessaires à l'identification de l'auteur ou de la nature des faits de fraude suspectés pourront être communiquées. La CMP avait choisi une rédaction précise dont je défendrai l'adoption en séance publique dans un amendement.

Je vous propose de retirer votre amendement au profit de l'amendement AS326 de Mme Karine Lebon, même si notre collègue n'est pas là pour défendre son idée de prévoir la présence obligatoire d'un tiers de confiance.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les échanges de données sont nécessaires pour lutter contre les fraudes, d'où qu'elles viennent. Monsieur Clouet, le dispositif intervient en amont des sanctions comme le déconventionnement. L'échange de données améliorera le repérage des fraudes. Ancien médecin, il me semble que la plupart des actes frauduleux sont commis par des confrères. N'ayons pas peur et avançons ! Il n'y a pas à tergiverser : nous devons combattre la fraude.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous aurions pu envisager de retirer l'amendement si Mme Lebon avait été présente, mais son absence nous incite à le maintenir.

Nous doutons de l'usage des données par les prestataires des complémentaires santé et de la vérification de la suppression des données. En l'état, des fragilités importantes entourent la nature, la confidentialité et le stockage des informations. Certains opérateurs publics comme France Travail ont rencontré des difficultés dans ce domaine : il faut donc se montrer prudent pour éviter de nouveaux scandales.

Mme Joëlle Mélin (RN). Les données de santé valent quasiment de l'or pour ceux qui les possèdent, d'où la multiplication des systèmes de captation à l'échelon européen. Ce qui nous est demandé existe déjà, ne serait-ce que dans la pratique du tiers payant qui donne lieu à une circulation d'informations. Il convient certes de faire attention, mais aussi de permettre des contrôles poussés.

M. le rapporteur général. Les échanges se feraient dans les deux sens, y compris des mutuelles vers la sécurité sociale, et uniquement dans le cadre d'actions en justice visant aussi des personnes morales, pas à des fins contractuelles ou autres. Si nous voulons préserver notre sécurité sociale, il faut permettre cet échange lorsqu'elle est gravement lésée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS547 de M. Michel Lauzzana et sous-amendement AS633 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je suis favorable à cet amendement sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement, qui le sécurise sur le plan juridique, afin de préserver les garanties sur le recueil et l'usage des données.

La commission adopte successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé ; en conséquence, l'amendement AS326 tombe.

Puis elle adopte l'article 16 bis A modifié.

La réunion est suspendue de dix-sept heures cinq à dix-sept heures quinze.

Article 16 bis B (nouveau) : Généralisation de la carte Vitale sécurisée et incitation financière des professionnels de santé acceptant la carte Vitale dématérialisée

Amendement de suppression AS330 de Mme Zahia Hamdane

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Cet article crée une inutile carte Vitale sécurisée. La droite sénatoriale reprend ainsi une mesure directement inspirée du programme du RN et agite l'épouvantail de la fraude aux prestations de santé par la location ou le prêt de carte Vitale. La Macronie n'est pas en reste puisque c'est Gabriel Attal qui avait impulsé l'expérimentation de la carte Vitale numérique et sécurisée dans son plan de lutte contre la fraude de 2023, sans produire aucune évaluation chiffrée du phénomène. Pourtant, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) indique que la fraude à l'usurpation d'identité est plus que minime – moins d'une dizaine par an. Le seul intérêt de ce dispositif inutile et coûteux est de confirmer, pour ceux qui en doutaient encore, la convergence de la droite traditionnelle et des macronistes qui reprennent les mots et les mesures de l'extrême droite.

M. le rapporteur général. Vous avez déjà tenu de tels propos excessifs ce matin lors de l'examen de la proposition de loi visant à suspendre les allocations familiales aux parents de mineurs criminels ou délinquants, déposée par le groupe Droite Républicaine dans le cadre de sa niche parlementaire. La carte Vitale électronique ne correspond pas exactement aux souhaits de la droite – du Sénat et de l'Assemblée : le dispositif initial a été réajusté.

Cette carte a aussi fait objet d'une discussion avec le directeur général de la Cnam. Les détenteurs d'une carte d'identité électronique pourront, à compter du 1^{er} mars, y adjoindre la carte Vitale. Pour les autres, il faudra faire de lourds investissements en sécurité afin d'adapter les systèmes, ce qui devrait être terminé au 1^{er} octobre prochain. En 2023, 58 millions de cartes Vitale ont permis de rembourser directement plus d'un milliard d'actes médicaux et prescriptions pharmaceutiques. L'application constitue une alternative numérique à la carte physique : elle permet aux assurés d'accéder à leur carte à partir de leur smartphone.

En octobre 2022, l'Inspection générale des finances et l'Igas ont été chargées d'expertiser le projet de carte Vitale biométrique proposé par la droite et ont conclu qu'il n'était pas indiqué car la fraude à l'identité ne constituait qu'une très faible part des fraudes impliquant une carte Vitale. Le coût de la carte biométrique, estimé à 1 milliard d'euros, pouvait paraître disproportionné au regard du risque de fuite de données. Dès lors, il a semblé plus pertinent de miser sur le déploiement de la carte Vitale électronique, par le biais de France Identité. Nous avançons donc, même si c'est trop lentement aux yeux des membres de la Droite Républicaine.

Quant à vous, vous voulez supprimer totalement la généralisation de la carte Vitale sécurisée et l'incitation financière accordée aux professionnels de santé qui l'acceptent. Vous faites une erreur, d'autant que certains assurés et professionnels de santé y voient plus de simplicité et un allègement des tâches administratives.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS611 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement vise à reporter du 1^{er} juillet au 1^{er} octobre la généralisation de l'expérimentation de l'application carte Vitale.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 16 bis B modifié.

Article 16 bis C (nouveau) : *Réorganisation du service du contrôle médical du réseau de la branche maladie du régime général et des régimes agricoles*

Amendements de suppression AS15 de M. Jérôme Guedj, AS78 de M. Hendrik Davi et AS331 de Mme Anaïs Belouassa-Cherifi

M. Arnaud Simion (SOC). Nous voulons supprimer cet article qui prévoit l'intégration du service du contrôle médical dans les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), ce qui a suscité beaucoup de réactions dans nos circonscriptions.

Le service du contrôle médical a pour mission de donner les avis concernant les arrêts maladie, les maladies professionnelles, les accidents du travail, les affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 %, les invalidités et les retraites pour inaptitude. Ces avis médicaux sont rendus en toute indépendance par les praticiens-conseils, avec l'appui de techniciens qualifiés, et s'imposent aux caisses qui paient les prestations.

Depuis sa création, le service du contrôle médical relève de la Cnam, est dirigé par des médecins et est indépendant des caisses primaires. La réforme placerait les médecins sous l'autorité hiérarchique du directeur de la Cpam, qui pourrait ainsi imposer ses orientations stratégiques.

M. Hendrik Davi (EcoS). Cet article très problématique vise à rattacher le service du contrôle médical aux Cpam, remettant ainsi en cause son indépendance. Si l'organisme de sécurité sociale verse à un salarié des indemnités pendant son arrêt maladie, ce service peut prendre l'initiative d'un contrôle administratif – vérifier que le salarié est à son domicile pendant les heures d'interdiction de sortie – ou médical – s'assurer que l'état de santé justifie l'arrêt de travail.

Le médecin-conseil de la sécurité sociale, qui joue aussi un rôle de prévention, doit donc être indépendant. Un président de Cpam nous a d'ailleurs envoyé un courrier très explicite contre la réforme envisagée. Selon lui, seule l'indépendance des praticiens-conseils et du service du contrôle médical vis-à-vis des organismes payeurs permet d'exercer leur mission dans le respect du secret médical et de l'indépendance juridique. Il se dit très

préoccupé par les atteintes potentielles à la déontologie et au secret médical. Les médecins concernés ont d'ailleurs fait grève pour dénoncer ce projet.

En fait, l'objectif à peine voilé du Gouvernement est de contraindre les médecins à limiter les arrêts de travail et aussi, comme dans la police et à Pôle emploi, à faire du chiffre.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). Le Gouvernement persiste à vouloir affaiblir notre système de protection sociale, morceau par morceau. Avec cet article, il s'attaque à l'indépendance du service médical qui joue un rôle crucial dans l'évaluation des arrêts maladie, des ALD ou des pensions d'invalidité. Il s'agit de démanteler ce service et de disperser ses agents dans les caisses primaires, dans le seul but de faire des économies. Cela conduira à détruire l'indépendance entre le contrôleur et le payeur, à faire pression sur les praticiens-conseils pour qu'ils agissent en fonction de logiques économiques, et, cerise sur le gâteau, à mettre en danger la confidentialité des données médicales. Tout cela, comme d'habitude sous le macronisme, se fait sans concertation, contre l'avis des médecins-conseils. Nous disons stop !

M. le rapporteur général. On m'a alerté sur ce sujet avant que je devienne rapporteur et j'ai voulu voir ce qu'il en était de l'indépendance des médecins-conseils, dont il est fait état dans diverses dispositions du code de la sécurité sociale. Non seulement cet article ne revient sur aucune des dispositions existantes, mais il précise : « Elle veille en outre au respect de l'indépendance technique des praticiens conseils exerçant dans son réseau. » À la Mutualité sociale agricole (MSA) le contrôle est organisé de cette façon sans que cela ne pose de problème. Dans l'esprit du législateur, dont témoignera le compte rendu des débats, il est évident que l'indépendance des médecins n'est pas menacée. Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement, fait suite à une mission de l'Igas présentée aux syndicats en mars dernier. L'idée est de mettre fin aux doublons dans les structures de gestion, comme le préconise l'Igas.

Suffisamment rassuré sur le contrôle médical et l'indépendance des médecins, j'émet un avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Votre citation traite d'indépendance technique, ce qui renvoie à l'autonomie professionnelle et non à l'indépendance de décision. Dans la nouvelle hiérarchie créée, le directeur de la Cnam aura des objectifs budgétaires propres, pas forcément partagés avec les agents ni correspondant aux besoins de la population. Il n'y aura plus d'indépendance des médecins-conseils, plus de séparation hermétique entre le contrôleur et le payeur. Dès lors, vous aboutissez à une situation de conflit d'intérêts où le respect du droit des gens à l'arrêt de travail entre en contradiction avec l'objectif d'économies budgétaires. Si le payeur décide de l'accès à ce droit, on revient à un système du patronage ou du caritatif, qui existait avant la création de la sécurité sociale. Cette logique ne me convient pas plus qu'elle ne convient aux professionnels, aux soignants et aux patients. Elle ne convient à personne, à part dix députés dans cette salle. Que l'on se débarrasse donc de cet article !

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous ne sommes pas du tout rassurés par vos propos, monsieur le rapporteur général ; aussi, irai-je dans le sens des collègues qui viennent de s'exprimer. Les nombreux témoignages dont nous avons tous été saisis font craindre une perte d'indépendance des médecins-conseils. Tel que pratiqué, le contrôle est l'un des seuls moyens de détecter la fraude des usagers. Pour avoir été longtemps chargée par des médecins de Cnam d'effectuer des contrôles externes d'arrêts de travail et autres, je peux vous assurer que

certaines prescriptions d'arrêt méritent d'être revues, même quand on les regarde avec la meilleure bienveillance du monde. C'est pourquoi nous soutenons ces amendements de suppression.

La commission adopte les amendements.

En conséquence l'article 16 bis C est supprimé.

Article 16 bis D (nouveau) : *Instauration d'une « taxe lapin » sanctionnant les rendez-vous médicaux non honorés*

Amendements de suppression AS16 de M. Jérôme Guedj, AS93 de M. Hendrik Davi et AS333 de Mme Élise Leboucher

M. Jérôme Guedj (SOC). Cette mal nommée « taxe lapin », introduite par le Sénat, est un irritant peu opportun. Les médecins doutent de l'efficacité de cette pénalité financière infligée au patient qui n'a pas honoré un rendez-vous médical, sans compter ses conséquences déstabilisantes pour l'organisation du système.

M. Hendrik Davi (EcoS). En général, on est plutôt enclin à honorer un rendez-vous médical que l'on a eu le plus grand mal à obtenir : on n'a pas envie de patienter six mois supplémentaires pour voir tel ou tel spécialiste, le délai pouvant atteindre un an, voire deux ou plus, pour un dermatologue. Ceux qui n'honorent pas leur rendez-vous ne le font pas pour embêter le médecin, mais parce qu'ils ont rencontré des difficultés inattendues : embouteillages, accident de voiture, problème de garde d'enfant. Toutes les études vont dans ce sens. Il n'arrive pratiquement jamais que quelqu'un décide plutôt d'aller faire un footing. Certains patients ne viennent pas parce que c'est la vie. Les médecins, qui ont des plannings très chargés, en profitent parfois pour déjeuner.

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Même Gabriel Attal admettait le faible nombre de rendez-vous médicaux non honorés – 6 % selon lui, 2 % selon MG France. On infligerait une taxe à des patients sous prétexte qu'ils n'honorent pas leur part du contrat, alors que l'État n'honore pas la sienne : il vaudrait mieux se préoccuper du grand nombre de gens qui n'arrivent pas à avoir un médecin traitant plutôt que de ceux – très rares – qui loupent leur rendez-vous, sans compter que cette mesure est impossible à appliquer. Rappelons que 5 % des gens n'ont pas de carte bancaire et que certaines personnes prennent leur rendez-vous par téléphone. Faudrait-il obliger tout le monde à passer par Doctolib ou à donner son numéro de carte bancaire au téléphone ? Par l'amendement AS333, supprimons cette mesure purement démagogique et essayons plutôt de former davantage de médecins pour que tout le monde y ait accès.

M. le rapporteur général. Je suis d'accord avec vous : le dispositif proposé par le Sénat, d'une complexité sans nom, ne tient pas la route et il ne verra sans doute pas le jour. Il faut néanmoins réfléchir à la manière de responsabiliser les assurés car le problème est réel, comme en témoignent les professionnels de santé qui fréquentent ma permanence. Cas de figure fréquent : la personne qui prend plusieurs rendez-vous en ligne pour un même praticien et oublie d'annuler ceux qu'elle n'a finalement pas retenus. En tant que rapporteur général, j'ai essayé d'améliorer le dispositif du Sénat dans un amendement AS625 à venir, où je propose de ne pas sanctionner un patient qui avait de bonnes raisons de ne pas être présent à son rendez-vous. Ne perdons pas de vue que la prise de rendez-vous en ligne favorise un phénomène qui finit par nuire à tout le monde.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il faut aborder ce phénomène de manière pragmatique. Ma propre dentiste, qui exerce dans un territoire très tendu, me dit qu'elle peut se faire engueuler parce qu'elle n'arrive pas à proposer un rendez-vous à une personne souffrant d'une rage de dents très douloureuse, et, le même jour, constater que trois rendez-vous ne sont pas honorés. Certaines personnes qui n'annulent pas leur rendez-vous, de manière récurrente, privent d'autres patients de créneaux utiles. La solution proposée n'est peut-être pas la bonne, mais il faut en trouver une.

M. Michel Lauzzana (EPR). En effet le mécanisme proposé n'est peut-être pas le bon, mais il faut en trouver un. Pour certaines personnes, le rendez-vous médical non honoré est une pratique très fréquente sinon systématique, qui a tendance à s'accroître avec le développement de Doctolib. Et contrairement à ce que dit M. Davi, cela exaspère les médecins, notamment dans certaines spécialités, telle la dermatologie. Ils refusent des patients parce que leur agenda est plein, puis se retrouvent avec deux ou trois défections dans la journée.

M. Fabien Di Filippo (DR). Le rapporteur général a présenté les choses avec mesure et pragmatisme. Le dispositif proposé n'est pas applicable parce que les patients auront toujours une bonne excuse à fournir, même fictive, pour ne pas être sanctionnés. La vraie question est comment éviter de perdre du temps médical ? Même si la démographie médicale s'améliorait, on continuerait d'ailleurs à en perdre car certains jeunes praticiens visent un exercice concentré sur quelques jours dans la semaine – il ne faut pas avoir peur de le dire. Même avec plus de médecins et de moyens, on soignera moins de patients. Grâce aux outils numériques, on pourra peut-être repérer les personnes coutumières du rendez-vous non honoré. Mais posons-nous aussi la question du temps médical. En France, on a la chance de former gratuitement des gens, quel que soit leur milieu et sur la base de leur mérite, et l'État paie la formation des médecins pendant de très longues années, ce qui suppose que du temps médical soit ensuite fourni.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Damien Maudet l'a très bien dit, nous sommes face à une usine à gaz construite sur certains fantasmes. Selon MG France, quelque 6 millions de rendez-vous ne sont pas honorés tous les ans faute de la présence des patients, mais 50 millions ne le sont pas faute de professionnels disponibles. Selon la thèse écrite par le docteur Francis Gatier, parmi les raisons des absences à un rendez-vous médical, on trouve en premier lieu un rendez-vous de dernière minute fixé par une administration publique. Viennent ensuite des changements d'horaires de travail de personnes en intérim ou soumises à des horaires fluctuants, la maladie d'un enfant, des violences conjugales. En réponse à une tension, la personne peut aussi avoir sollicité plusieurs médecins pour obtenir un rendez-vous rapidement. Il existe des solutions pour agir sur de telles causes. Quoi qu'il en soit, je souhaite bon courage aux médecins pour prouver l'absence du patient, récupérer l'argent et gérer les justifications.

M. Christophe Bentz (RN). Nous sommes assez mesurés et, pour tout dire, assez sceptiques quant à cette « taxe lapin ». Bien sûr, il est absolument nécessaire de dégager, autant que possible, du temps médical. Les annulations de rendez-vous représentent chaque année l'équivalent du travail de 4 000 médecins à temps complet. Mais l'application concrète de la disposition proposée s'annonce difficile : la rédaction actuelle n'est pas assez efficace. Nous nous abstenons donc, sur les amendements de suppression comme sur l'article.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS625 de M. Thibault Bazin et sous-amendement AS636 de M. Jérôme Guedj

M. le rapporteur général. Cet amendement de réécriture vise à rendre le dispositif plus opérant.

Mme Sandrine Runel (SOC). Notre sous-amendement d'appel tend à limiter la pénalité encourue à 1 euro symbolique. On ne peut pas sanctionner davantage les patients qui n'honorent pas un rendez-vous : le plus souvent, ils ne le font pas par choix.

M. le rapporteur général. Avis défavorable sur le sous-amendement. Pour l'amendement, je m'en remets à votre sagesse...

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'immense majorité des patients ont une relation normale avec leur médecin, honorent leurs rendez-vous et préviennent s'ils ont un empêchement. Ce ne sont pas eux qui sont visés, mais l'infime minorité de personnes qui considèrent les médecins comme un produit de consommation et prennent de multiples rendez-vous, qu'ils respectent ou non. Nous connaissons un peu la même chose dans nos permanences. Je suis donc favorable à cette « taxe lapin », qui permettrait, symboliquement, de différencier ceux qui sont respectueux de ceux qui ne le sont pas – et donc défavorable au sous-amendement.

Mme Sandrine Runel (SOC). Ceux qui vont chez le médecin de manière un peu excessive honorent leurs rendez-vous. Ce sont justement eux qui ne posent pas de lapin ! De manière générale, les personnes malades sont respectueuses. Arrêtons de faire croire que les patients font exprès de ne pas aller chez le médecin !

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). La comparaison avec les permanences parlementaires est pertinente. Imaginez qu'on menace nos concitoyens de les taxer s'ils ne se présentent pas à l'heure convenue. Que feront-ils ? Ils ne prendront pas rendez-vous, de crainte d'avoir un empêchement de dernière minute. C'est une belle incitation à renoncer à ses droits.

Par ailleurs, je souhaite bon courage aux praticiens si cet article est adopté ! Ils devront remplir un formulaire pour prouver l'absence du patient et récupérer l'argent par le biais de tiers, le tout pour devoir le rendre si l'absence était finalement justifiée. Ce n'est pas seulement une mesure antisociale, c'est une usine à gaz !

M. Olivier Fayssat (UDR). Une pénalité de 1 euro, c'est la double peine pour les médecins : ils devront s'acquitter de frais de traitement supérieurs !

M. le rapporteur général. La rédaction du Sénat pose problème. Elle mérite d'être corrigée, et c'est l'objet de mon amendement. Mais il renvoie à un décret pour définir le montant de la pénalité, le délai de prévenance raisonnable, les motifs pour lesquels la pénalité ne peut être réclamée ou encore les voies de règlement amiable des litiges. Nous ne réglons pas cela maintenant.

La commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement et l'article 16 bis D est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS32 de M. Jérôme Guedj et AS338 de M. Cyrille Isaac-Sibille tombent.

Article 16 bis E (nouveau) : *Inciter à une plus grande utilisation du dossier médical partagé*

Amendement AS335 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le choix est fait d'indexer la rémunération des médecins sur leur utilisation de différents outils numériques, et notamment du dossier médical partagé (DMP). S'il faut évidemment informer les médecins et faire de la pédagogie pour promouvoir l'utilisation de ces outils, une modulation à la hausse de leur rémunération me paraîtrait constituer une rupture d'égalité et une mise sous tutelle excessive des praticiens.

M. le rapporteur général. On ne peut qu'encourager la consultation du DMP. Nous avons un désaccord philosophique : vous êtes souvent favorable aux sanctions ; nous croyons aux incitations – à côté du bâton, il faut aussi une carotte.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Pardon, mais dans votre proposition de loi de ce matin, vous vouliez utiliser le bâton avec ceux qui gagnent moins de 4 000 euros et la carotte avec ceux qui gagnent plus. Dans la lutte des classes, chacun sait de quel côté vous êtes. Alors pas de leçons de morale !

M. Philippe Vigier (Dem). Il est très difficile d'inciter les médecins et le corps médical à s'engager dans la transition numérique. Un effort considérable est fait en ce sens depuis quatre ans, avec l'application Mon espace santé. Ces outils permettent d'éviter les redondances, de faciliter l'accès aux soins, de garantir une prise en charge complète, de faire des économies et de mieux soigner les patients. Actuellement, du fait de la faible interopérabilité des systèmes informatiques, saisir toutes les données dans les différents outils demande beaucoup de travail. Une incitation financière est donc nécessaire. Je voterai contre cet amendement.

Mme Josiane Corneloup (DR). Je rejoins Philippe Vigier : pour améliorer la coordination, réaliser des économies, éviter les actes redondants et améliorer la concertation entre la ville et l'hôpital, il faut absolument promouvoir le DMP.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Par principe, je ne suis pas très favorable à ce qu'on incite financièrement des professionnels à faire leur travail. Nous avons toutefois besoin d'encourager les médecins de ville à remplir le DMP. Les modalités de modulation de la rémunération seraient d'ailleurs fixées dans le cadre des négociations conventionnelles, ce qui me gêne moins que si nous décrétons nous-mêmes une incitation financière. L'utilisation du DMP serait en outre intégrée dans les index qualité des hôpitaux, ce qui semble pertinent, tant il est vrai que les patients ont tout à gagner d'un recours accru au DMP.

J'invite d'ailleurs chacun d'entre vous à créer un compte sur Mon espace santé, et à passer le message. Vous serez surpris de voir à quel point cette application est pratique !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS390 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je suis très favorable à cet article et il faut bien évidemment renseigner le DMP, mais il ne me semble pas nécessaire de contraindre les médecins à le faire systématiquement : tout n'a pas vocation à y figurer. J'entends cependant les arguments qui ont été développés et je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 16 bis E non modifié.

Article 16 bis F (nouveau) : *Restriction de la prescription d'arrêts de travail en télémédecine*

Amendement AS194 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Je propose d'interdire la réalisation d'actes de télémédecine destinés à des patients résidant en France à tous les professionnels de santé exerçant à l'étranger, et non uniquement à ceux y exerçant « à titre principal ». Les actes de télémédecine doivent être exclusivement réalisés par des professionnels de santé exerçant en France ou dans un cadre strictement défini par les autorités françaises, afin de préserver la conformité des actes médicaux à nos normes déontologiques, réglementaires et éthiques, tout en assurant une meilleure coordination avec les structures de santé locales.

M. le rapporteur général. En supprimant les mots « à titre principal », on empêcherait un médecin exerçant presque exclusivement en France mais ayant une petite patientèle dans un pays frontalier – ce qui n'est pas rare, y compris à travers des accords avec les établissements de santé – de prescrire tout arrêt de travail en télémédecine, ce qui pénaliserait des médecins français. Je ne pense pas que ce soit votre objectif.

Il existe aussi des accords de coopération internationale en vertu desquels un praticien peut passer quelques semaines de l'année à l'étranger pour y prendre en charge des patients qui, sans cela, auraient dû venir se faire soigner en France – je pense par exemple aux pédiatres. Dans l'intérêt des patients, mais aussi pour des raisons de coûts et de santé publique, il ne faut pas empêcher ces situations.

J'ajoute que la formation des professeurs des universités-praticien hospitaliers inclut une mobilité à l'étranger. Lorsque celle-ci a lieu à cheval sur une année, les médecins concernés ne pourraient pas exercer en télémédecine.

En adoptant votre amendement, nous pourrions ainsi faire beaucoup plus de victimes que vous ne le souhaitiez. Je vous invite à le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 16 bis F non modifié.

Article 16 bis G (nouveau) : *Remise d'un rapport sur la réforme du financement des établissements médecine, chirurgie et obstétrique et la question des coefficients géographiques*

Amendement AS525 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je souhaite m'assurer que le rapport aborde bien la question des territoires ultramarins, qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

M. le rapporteur général. Je vous rejoins sur ce point, mais ces collectivités sont l'objet essentiel de l'article. Votre demande me semble satisfaite.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Puisque nous partageons le même objectif, autant l'écrire noir sur blanc dans le texte.

M. le président Frédéric Valletoux. Il me semble que le rapporteur général pointait un risque de redondance juridique.

M. Philippe Vigier (Dem). Je soutiens cet amendement. Dans certains centres hospitaliers universitaires ultramarins, le coefficient géographique est très éloigné de celui de l'Hexagone – je pense par exemple celui de La Réunion, que nous étions parvenus, en quelques mois, à augmenter sensiblement. Ce sont autant de moyens qui leur manquent. Le rapport permettra d'objectiver les choses. Ajouter cette mention ne mangerait pas de pain.

M. le rapporteur général. Je ne vois pas d'inconvénient à ce que nous précisions une demande de rapport. Seulement, la question se pose aussi pour la Corse, en raison de son caractère insulaire. Je ne voudrais pas que nous l'excluions du périmètre du rapport en adoptant cet amendement. Peut-être conviendra-t-il donc de trouver une nouvelle rédaction d'ici à la séance.

Avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 16 bis G modifié.

Article 16 bis : *Généralisation de l'expérimentation permettant aux infirmiers de signer des certificats de décès*

La commission adopte l'article 16 bis non modifié.

Article 16 ter : *Établir une liste annuelle de mesures pour améliorer la pertinence des soins et remettre un rapport sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures*

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS170 de M. Jérôme Guedj.

Puis elle adopte l'article 16 ter non modifié.

Article 16 quater (nouveau) : *Possibilité pour les ordres des professions de santé de solliciter la Haute Autorité de santé pour réaliser l'évaluation d'actes ou de prestation*

La commission adopte l'article 16 quater non modifié.

Article 17 : *Établir un cadre conventionnel destiné à réguler les dépenses de transport sanitaire en taxi*

Amendement AS626 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de retenir la rédaction de la commission mixte paritaire, afin d'éviter les ruptures de droit liées à un défaut de coordination juridique au niveau réglementaire.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS527 de Mme Zahia Hamdane

M. le rapporteur général. J'invite les auteurs de cet amendement, qui souhaitent interpeller le Gouvernement, à le retirer pour le redéposer en séance.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS128 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Nous souhaitons que les spécificités des zones rurales fassent partie des critères retenus dans la convention qui régira le transport sanitaire en taxi. Si l'on prend le cas de personnes âgées, à mobilité réduite, qui habitent dans des logements isolés loin d'un établissement de santé, il faudra par exemple prendre en compte le temps nécessaire pour les aider à monter dans le véhicule puis à en sortir une fois arrivé à destination.

M. le rapporteur général. Je suis un peu embêté, car je pensais que nous adopterions l'amendement AS56 de M. Colombani, qui n'a pas été défendu et qui tendait à préciser que la convention devait tenir compte « des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transports sanitaires dans chaque département ainsi que dans chaque département et territoire d'outre-mer ». Cette rédaction me semblait moins restrictive que celle que vous proposez. Je partage votre souhait d'adopter une approche résolument locale des critères de conventionnement des taxis, mais les zones rurales ne sont pas les seules concernées : il faut aussi prendre en considération le maillage en transports collectifs, et ne pas oublier les difficultés de certains territoires comme la Corse.

Comme l'amendement de M. Clouet a été adopté et que je ne voudrais pas faire de jaloux, j'émets tout de même un avis favorable, en vous demandant toutefois, d'ici la séance, de vous rapprocher de M. Colombani, dont l'amendement me semble plus pertinent – sachant que je serai tenu par les mêmes délais de dépôt que vous.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS349 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Nous souhaitons nous assurer que les critères retenus pour établir la convention entre l'assurance maladie et les taxis seront « adaptés au niveau local notamment selon la démographie médicale ». Il importe en effet de prendre en considération les spécificités des zones rurales, généralement moins bien desservies que les zones urbaines, ainsi que la démographie médicale. Dans les territoires sous-dotés en soignants, les patients doivent parfois parcourir de longues distances pour bénéficier de soins. Ce phénomène est accentué dans les territoires ruraux, où les personnes âgées sont plus nombreuses et plus isolées.

Ces spécificités nourrissent des disparités dans l'accès aux soins. Il importe de trouver un équilibre entre les besoins des patients et la viabilité économique des chauffeurs de taxi, sans accentuer les différences territoriales d'accès aux soins.

M. le rapporteur général. La prise en compte des territoires et de la démographie médicale fait partie des questions que j'ai évoquées lors de mon premier entretien en tant que rapporteur général avec le directeur général de la Cnam. J'y suis donc très sensible. Seulement, vous prévoyez des adaptations systématiques, alors qu'elles ne se justifient pas toujours.

Vous mettez par ailleurs en avant un unique critère. Il en existe pourtant d'autres, comme les distances à parcourir, le réseau de transport existant ou le type de soins concerné. Une définition trop étroite des critères applicables pourrait être contraire à l'esprit initial de la disposition.

Je vous invite donc à retirer votre amendement et à le retravailler d'ici la séance, afin de le rendre plus juste.

M. Yannick Monnet (GDR). Le terme « systématiquement » figure seulement dans l'exposé sommaire, et non dans le corps de l'amendement lui-même. Je ne vois pas en quoi la prise en compte des réalités locales, notamment de la démographie médicale, pourrait poser problème. C'est toujours la même chose : tout le monde défend les territoires ruraux, mais on n'inscrit jamais leurs spécificités dans les textes !

M. le rapporteur général. En adoptant l'amendement AS128 de M. Peytavie, nous avons inséré les mots : « et aux spécificités des zones rurales et des zones sous-dotées en transports sanitaires. » La ruralité est donc bien prise en compte. La démographie médicale ne peut être le seul critère pris en compte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS125 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il est essentiel que les conventions signées avec les chauffeurs de taxi prennent en compte le temps supplémentaire qu'il leur faut pour installer à bord les personnes âgées, vulnérables ou en situation de handicap qu'ils accompagnent.

M. le rapporteur général. Nous en avons parlé avec le directeur général de la Cnam : les questions de la course d'approche, du temps d'attente ou de l'aide à l'installation des passagers doivent être prises en compte dans la convention-cadre. Ce n'est pas à la loi d'énumérer ces sujets, cela fait courir le risque qu'elle en oublie un.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS302 de M. René Lioret

M. René Lioret (RN). Cet amendement propose d'obliger les entreprises de taxi à utiliser un système électronique de facturation et de géolocalisation certifié par l'assurance maladie. Il s'inscrit dans une démarche globale de renforcement de la transparence, de lutte contre la fraude et de contrôle des dépenses de transport sanitaire, lesquelles atteignent tout de

même 6 milliards d'euros. La certification de l'outil garantira son adéquation aux spécificités du secteur et à la réalité du terrain. Les responsables syndicaux que notre groupe a rencontrés récemment ne sont pas opposés à cette mesure et y sont même, pour certains, favorables.

M. le rapporteur général. La nécessité de développer ces outils a été abordée en première lecture et fait, je crois, consensus. Je suis donc favorable à cette obligation sur le fond. Il me semblerait préférable, en revanche, de l'insérer après le quatorzième alinéa : je vous invite à retirer votre amendement pour le modifier en ce sens, en vue de l'examen du texte en séance.

En l'état, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS258 de Mme Sylvie Bonnet

M. Fabien Di Filippo (DR). En réduisant le nombre de transports de patients, la nouvelle convention-cadre avec l'assurance maladie fait peser une menace sur le modèle économique des taxis, dont une part importante de l'activité est liée au transport sanitaire. Nous avons la chance qu'ils participent de cette façon au service public et proposons, pour atténuer les effets de cette nouvelle convention, de supprimer l'alinéa 15.

M. le rapporteur général. Je trouve moi aussi que l'alinéa 15 en rajoute un peu trop aux taxis, déjà ciblés par certaines mesures du PLFSS. Je donne donc un avis favorable à votre amendement, d'autant qu'il ménagera la possibilité d'une discussion apaisée avec les entreprises de taxi.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS562 de Mme Annie Vidal et AS336 de Mme Zahia Hamdane tombent.

M. le rapporteur général. L'amendement d'appel de Mme Vidal qui vient de tomber mérite d'être discuté en séance publique.

Amendement AS351 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Je propose de préciser que la convention-cadre nationale est établie après recueil de l'avis des associations d'usagers. Cela me paraît la moindre des choses.

M. le rapporteur général. La convention-cadre abordera bien des sujets qui ne seront pas tous relatifs à l'accès aux soins des usagers. Je ne dis pas que l'avis de France Assos Santé ne serait pas intéressant, mais il ne me semble pas pertinent de le solliciter à ce sujet.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne comprends pas pourquoi nous nous priverions de cet avis, qui permettrait d'éclairer les décisions sans obliger à rien. Si l'avis des usagers était pris en compte, peut-être nos services seraient-ils plus adaptés.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je soutiens cet amendement : il est essentiel que nous fassions évoluer notre rapport aux citoyens, en l'occurrence aux usagers, pour établir un lien direct avec eux.

Mme Annie Vidal (EPR). Je voudrais revenir sur mon amendement AS562, qui est tombé. Les économies qu'il est prévu de réaliser grâce à la modulation de la rémunération des taxis ne seront pas faciles à faire car la Cpm ne s'appuie pas sur des données solides. Je propose de ce fait d'appliquer une franchise par trajet, à la charge des taxis, qui pourrait générer autant voire davantage d'économies que ce qui est aujourd'hui prévu. Grâce à un outil de géolocalisation certifié par la Cpm, ce dispositif pourrait s'appuyer sur des bases fiables. Les chauffeurs de taxi, VSL et ambulances y sont favorables.

M. Christophe Bentz (RN). Encore une fois, cet article nous rend sceptiques. Il est regrettable que la restriction du transport sanitaire prévue ne différencie que peu les zones urbaines et rurales – même si nous avons évidemment voté l'amendement de M. Peytavie. L'amendement de Mme Vidal aussi était de bon sens et nous l'aurions voté. Les fédérations et syndicats de taxis et de VSL sont prêts à faire des efforts, mais cet article tape à côté, si vous me permettez l'expression : il va restreindre les services apportés aux personnes sans aider à lutter contre les abus et les fraudes.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Notre groupe estime que les 33 millions d'euros pris aux taxis, sur la base d'une décision arbitraire de la direction de la Cnam, représentent une somme très limitée au regard des moyens et des discussions engagés.

Les tarifs forfaitaires présentent deux inconvénients. D'abord, ils avantagent les courtes distances. Pour les longues distances, les patients risquent ainsi de ne pas trouver de taxi – car il travaillerait à perte – et de devoir faire appel à une ambulance – si cela est possible. Ensuite, ces tarifs forcent au développement du transport partagé, qui met en péril le secret médical. Les patients n'ont pas envie de dire aux personnes avec qui ils voyagent, qui peuvent être leurs voisins ou leurs collègues, ce dont ils souffrent. Cela me semble très dangereux. Les taxis eux-mêmes sont mobilisés, allant jusqu'à proposer une solution alternative : la mise en place d'une franchise à 1 euro, évoquée par Mme Vidal. Un tel dispositif éviterait d'avoir à modifier l'organisation des trajets et ne dissuaderait pas les longues distances.

Enfin, la mise en cause du taximètre, qui est un outil certifié, me laisse perplexe. Pourquoi ne pas envisager l'installation de terminaux acceptant la carte Vitale ? Cela permettrait un contrôle immédiat. Aujourd'hui, les chauffeurs consacrent des journées entières à adresser des documents aux autorités administratives. C'est une perte de temps, d'énergie et d'argent, et cela nous incite à repousser l'article 17.

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

*Puis elle **adopte** l'article 17 **modifié**.*

Article 17 bis A (nouveau) : *Obligation pour les entreprises de transport sanitaire d'équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré*

Amendement AS627 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il est d'usage de ne pas inscrire de dates dans le code de la sécurité sociale : je vous propose donc de retenir la rédaction adoptée en commission mixte paritaire.

La commission adopte l'amendement.

Amendements AS563 de Mme Annie Vidal et AS265 de Mme Stéphanie Rist (discussion commune)

Mme Annie Vidal (EPR). Cet amendement vise à rendre obligatoire pour les taxis conventionnés avec la Cnam de s'équiper d'un dispositif de géolocalisation certifié. L'objectif est double : combler le manque de données fiables et actualisées sur les courses effectuées par les taxis sanitaires, et renforcer la transparence et la lutte contre la fraude.

M. le rapporteur général. Pour la clarté de nos débats, je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas ici d'intégrer ce sujet aux négociations de la convention-cadre, comme nous venons d'en débattre à l'article 17, mais de fixer une obligation pour l'ensemble des taxis, à la date du 1^{er} octobre. Rappelons-nous que Geneviève Darrieussecq, alors ministre, avait jugé ce délai irréaliste, et veillons à conserver un équilibre. Je suis très attaché à la lutte contre la fraude, mais il faut s'efforcer, dans l'optique de donner un budget à notre sécurité sociale, de chercher les consensus et d'éviter les irritants.

Avis défavorable.

La commission adopte l'amendement AS563.

En conséquence, l'amendement AS265 tombe.

Amendement AS298 de M. René Lioret

M. René Lioret (RN). Cet amendement veut renforcer la lutte contre la fraude au titre des transports sanitaires, dont le montant est passé de 19 millions d'euros en 2018 à 34 millions en 2023. Il vise, grâce à un système de facturation électronique intégrée et à un dispositif de géolocalisation, à retracer avec précision les trajets réellement effectués et à vérifier leur concordance avec les prestations facturées.

Cet outil de contrôle permettra de détecter d'éventuelles surfacturations ou déclarations inexactes. Dans un souci de respect de la vie privée, l'amendement assure sa conformité à la législation en vigueur relative à la protection des données personnelles, afin de préserver les droits et libertés des patients comme des professionnels du transport. Le but est de dissuader les pratiques frauduleuses plus que de sanctionner.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Cet amendement entre dans un niveau de détail inhabituel pour un texte de loi. En outre, il est déjà satisfait par les dispositions actuelles de l'article 17 bis A. J'en profite pour dire que je proposerai sans doute en séance de reporter la date d'entrée en vigueur de cet article après le 1^{er} octobre, à la fois pour s'assurer qu'elle puisse être respectée et pour préserver nos taxis.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 17 bis A **modifié**.

Article 17 bis B (nouveau) : *Dérogation au cadre juridique du transport sanitaire pour les entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite*

La commission **adopte** l'article 17 bis B **non modifié**.

Article 17 bis C (nouveau) : *Demande de rapport sur la prise en charge anonymisée, en cas de violence intrafamiliale, des frais de transport pour un avortement*

Amendements de suppression AS628 de M. Thibault Bazin et AS92 de M. Fabien Di Filippo

M. le rapporteur général. Je me suis efforcé de rétablir les décisions qu'avait prises la CMP, en l'occurrence celle de supprimer un article portant sur une demande de rapport. Je m'en remets à votre sagesse.

M. Fabien Di Filippo (DR). J'invite chacun à s'interroger sur la faisabilité réelle du dispositif en question.

M. le président Frédéric Valletoux. Ce n'est pas le sujet proprement dit du rapport qui est en cause. Pour avoir présidé la CMP, je peux témoigner du fait que les demandes de rapport sont souvent écartées par nos collègues sénateurs.

Mme Sandrine Runel (SOC). Je trouve scandaleux que l'on demande un rapport – à moins qu'il ne s'agisse d'un contrôle ? – sur la prise en charge anonymisée des frais de transport des femmes victimes de violences intrafamiliales souhaitant recourir à un avortement !

M. le rapporteur général. N'ayant pas pris part à cette CMP, je ne saurais vous en dire plus sur cette demande de rapport. Il me semble qu'il s'agissait d'appeler l'attention sur la situation des femmes victimes de violences conjugales et des mineures. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas un rapport qui nous permettra de traiter ce sujet – et je répète que je ne me suis pas prononcé sur le fond.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Ayant quant à moi participé à cette CMP, je peux témoigner du fait qu'il n'y avait aucune raison à la suppression de cet article. Nous pouvons donc le rétablir.

La commission **adopte** les amendements.

En conséquence, l'article 17 bis C est **supprimé**.

Article 17 bis D (nouveau) : *Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français*

Amendement de suppression AS608 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je me suis là encore efforcé, dans un souci de consensus, de revenir à la décision de la CMP de supprimer cet article déclaratoire et peu opérant. Un

décret n'est pas nécessaire pour remédier à un problème relevant de la gestion administrative des caisses.

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

*En conséquence, l'article 17 bis D est **supprimé**.*

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

Article 17 bis : *Généralisation du dispositif « Handigynéco »*

*La commission **adopte** l'article 17 bis **non modifié**.*

Article 17 ter : *Révision de la périodicité des examens de prévention bucco-dentaires*

*La commission **adopte** l'article 17 ter **non modifié**.*

Article 17 quater : *Généralisation de l'expérimentation de centres de santé sexuelle d'approche communautaire*

Amendement AS143 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Les inégalités territoriales en matière de santé demeurent préoccupantes. Les femmes, en particulier, rencontrent des difficultés accrues pour accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive, tels que le suivi gynécologique, l'accès à la contraception ou le dépistage des pathologies spécifiques. On observe par exemple une surmortalité liée au cancer du sein de 11 % chez les femmes des communes rurales par rapport à la moyenne régionale.

Cet amendement a pour objectif de favoriser l'implantation des centres de santé sexuelle dans les zones sous-dotées, par exemple rurales ou ultramarines.

M. le rapporteur général. Je partage votre objectif. L'accès à ces soins, notamment en zone rurale mais aussi pour les personnes en situation de handicap, constitue un vrai défi.

Les centres de santé et de médiation sexuelle ont cependant une approche très spécifique, plutôt tournée vers certains publics éloignés du système de santé, exposés au risque de développer des infections sexuellement transmissibles. Ces centres reposent sur une approche communautaire et ont plutôt vocation à se déployer en zone urbaine, là où ces publics se trouvent concentrés. Il me semble qu'adopter votre amendement conduirait à orienter leur installation dans les zones rurales, à rebours de la vocation initiale de l'article 17 quater.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je maintiens cet amendement de Marie-Charlotte Garin. Il me semble pertinent de prioriser l'installation de ces centres dans les zones sous-dotées.

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

Puis elle adopte l'article 17 quater non modifié.

Article 17 quinquies : *Campagne de vaccination contre les infections à méningocoque dans les établissements scolaires*

La commission adopte l'article 17 quinquies non modifié.

Article 17 sexies : *Suppression de la condition d'adressage médical dans le cadre du dispositif Mon soutien psy*

M. Philippe Vigier (Dem). À l'automne, les discussions relatives à cet article avaient été consensuelles. Toutefois, dans la présente rédaction, je ne vois aucune mention des territoires ultramarins : il faudra amender l'article en ce sens en séance publique.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Le dispositif Mon soutien psy a toujours posé un double problème d'adressage et de rémunération des professionnels. De plus, il vise un public souffrant de troubles légers à modérés ; or les personnes souffrant de troubles plus graves doivent attendre très longtemps pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique ou dans un centre médico-psycho-pédagogique. Je n'ai rien contre ce dispositif, mais compte tenu du contexte budgétaire, il serait plus efficace d'utiliser les sommes qui lui sont allouées pour créer 2 600 postes de psychologues dans ces centres. Cela permettrait d'accueillir beaucoup plus de monde.

Mme Stéphanie Rist (EPR). Je ne conteste pas les propos de M. Peytavie, mais cet article vise à autoriser la consultation directe d'un psychologue. Ce sera toujours mieux que d'attendre un rendez-vous dans un centre et si nécessaire, le psychologue ainsi consulté aura plus de facilité pour justement adresser son patient à un centre.

Par ailleurs, le manque de psychologues dans les centres n'est pas uniquement financier, mais relève aussi d'un manque de professionnels. Nous devons augmenter le nombre de psychologues formés dans notre pays.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Je souscris aux propos de Sébastien Peytavie et me désolé que le seul article du PLFSS portant sur la santé mentale et la psychiatrie publique soit consacré à Mon soutien psy.

Ce dispositif ne peut être la seule réponse à la crise du secteur. Il est boycotté par près de 90 % des psychologues conventionnés. Il s'appuie sur une logique de tri, alors que la psychiatrie publique a vocation à accueillir toutes les souffrances psychiques. En limitant le nombre de séances – bien qu'elles aient été portées au nombre de douze – il pousse à interrompre brutalement la prise en charge de thérapies s'inscrivant dans un temps long. De plus, il rate sa cible, puisque 11 % seulement des bénéficiaires sont en situation de précarité. Les 170 millions d'euros qui lui ont été alloués en 2024 auraient pu financer 2 500 postes de psychologue en centre médico-psychologique, ce qui aurait permis de ramener de deux ans à six mois les délais d'attente pour un rendez-vous.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous avons eu un long débat à ce sujet en première lecture. Nous connaissons les limites de ce dispositif, auquel nous avons apporté des modifications concernant notamment les conditions d'adressage, le nombre de séances et la rémunération des professionnels. Sans en attendre de miracle, reconnaissons qu'il permet d'apporter un suivi psychologique à un plus grand nombre de personnes.

La commission adopte l'article 17 sexies non modifié.

Article 17 septies : *Étendre l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en communauté professionnelle territoriale de santé*

Amendements identiques AS629 de M. Thibault Bazin et AS263 de Mme Stéphanie Rist

Mme Stéphanie Rist (EPR). Cet amendement, qui a été retenu par la CMP, vise à augmenter le nombre de départements qui pourront bénéficier de l'accès direct aux kinésithérapeutes dans le cadre de soins coordonnés. Cette possibilité était prévue dans la loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, que j'ai défendue. Le décret d'application correspondant n'a pas encore paru ; il tiendra compte du nombre de départements qui pourront être inclus dans cette expérimentation.

La commission adopte les amendements et l'article 17 septies est ainsi rédigé.

Article 17 octies : *Expérimentation du remboursement des tests permettant de détecter une soumission chimique*

Amendement AS534 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). « *L'amnésie est un gouffre* ». Ces mots, ce sont ceux de Céline, professeure de danse de 46 ans, violée à 28 ans par soumission chimique.

Quelques semaines après le procès des violeurs de Gisèle Pelicot, cet amendement vise à renforcer l'accompagnement des victimes en leur garantissant une prise en charge psychologique. La détection est un premier pas qu'il convient de saluer, mais nous devons faire plus, pour que la honte change de camp.

M. le rapporteur général. Qui pourrait s'opposer à l'amélioration de l'accompagnement psychologique des femmes victimes de viol ? Je soutiens pleinement l'objectif de cet amendement, mais en tant que rapporteur général, je dois dire qu'il n'a pas réellement de portée juridique, dans la mesure où l'article 17 octies vise à autoriser les tests permettant de détecter un état de soumission chimique et non à organiser la prise en charge qui s'ensuivra.

Demande de retrait, pour ne pas avoir à voter contre !

M. Sébastien Peytavie (EcoS). J'entends vos propos, mais je ne peux pas retirer l'amendement de Mme Garin. Il me semble de surcroît essentiel de prendre la mesure de la question de la soumission chimique et du besoin de prévoir un accompagnement digne.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS551 de Mme Anaïs Belouassa-Cherifi.

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). La soumission chimique, cette pratique ignoble utilisée pour commettre des violences sexistes et sexuelles, est une réalité insupportable. Le procès du mari et des agresseurs de Gisèle Pelicot, dont nous saluons l'immense courage, a révélé l'ampleur du phénomène et l'urgence d'agir. Tout le monde peut

être concerné. Le groupe La France insoumise salue l'expérimentation prévue dans cet article, mais considère qu'il faut aller plus loin et plus vite.

Cet amendement vise à s'assurer de la réalisation de cette expérimentation dans six régions plutôt que trois. Nous devons lutter efficacement contre ces pratiques abjectes, sans limiter nos ambitions : c'est une question de justice et dignité.

M. le rapporteur général. Lorsque j'ai pris connaissance de votre amendement, je pensais que le nombre de régions concernées par une expérimentation devait être inférieur à ce que vous proposez. Toutefois, puisqu'il a été considéré comme recevable et que la généralisation de cette expérimentation me semble judicieuse, je m'en remets à la sagesse des membres de la commission.

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

*Puis elle **adopte** l'article 17 octies **modifié**.*

Article 17 nonies : Rapport évaluant les modalités d'une distinction des dépenses de prévention dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Amendement AS539 de M. Hadrien Clouet

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

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

*Puis elle **adopte** l'article 17 nonies **non modifié**.*

Article 18 : Plafonner les rémunérations des personnels non médicaux en intérim

Amendement AS346 de M. Damien Maudet

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Cet amendement est en quelque sorte rédactionnel. Pour préciser ce qu'est un écart significatif, il ajoute « qui ne peut excéder 20 % de l'écart, ». Il vise à plafonner le surcoût du recrutement d'un intérimaire.

M. le rapporteur général. Votre rédaction ne produirait pas l'effet que vous recherchez : le plafonnement des rémunérations d'intérim prévu par l'article 18 ne pourrait pas s'appliquer lorsque l'écart constaté entre les personnels intérimaires et permanents serait supérieur à 20 % – c'est-à-dire dans les situations où cela serait le plus nécessaire. Je vous invite donc à retirer l'amendement et à le rectifier d'ici à la séance publique.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS21 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Étant favorables au plafonnement des rémunérations, nous proposons d'instituer une part maximale de contrats intérimaires dans les établissements hospitaliers, qui serait adaptée en fonction de leurs besoins spécifiques.

Cette proposition reprend une recommandation de la Cour des comptes visant à confier aux ARS, pour chaque groupement hospitalier de territoire, le soin d'élaborer un contingent de contrats de recrutement temporaire de médecins en fonction de la conjoncture.

M. le rapporteur général. On ne peut que souscrire à l'idée d'encourager les établissements à recruter davantage de personnels titulaires. C'est la principale préoccupation des directeurs d'établissement, dont les postes vacants sont trop nombreux.

Toutefois, instaurer ce second plafonnement, en plus de celui portant sur la rémunération des intérimaires, pourrait engendrer un risque pour les établissements et se retourner contre eux. Je ne suis pas certain qu'il faille les empêcher de se tourner vers l'intérim, lorsque les postes de titulaires restent vacants faute de candidats.

Je connais votre attachement aux établissements de santé, monsieur Guedj, et je ne doute pas de vos bonnes intentions, mais je crains que l'adoption de votre amendement crée des situations ingérables. Je n'ai pas discuté de cette proposition avec les fédérations représentatives.

En l'état, avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Adopter cet amendement complexifierait effectivement les choses. Stéphanie Rist avait pointé les difficultés relatives au coût de l'intérim. Le plafonnement que nous avons instauré a permis d'améliorer un peu la situation, mais il reste de belles marges d'amélioration.

Un phénomène a pris de l'ampleur en 2024 : les démissions de praticiens titulaires, qui sont ensuite réembauchés au même poste en tant qu'intérimaires. Dans un établissement dont je tairai le nom, une quarantaine de praticiens ont procédé ainsi. En raison du principe de séparation entre l'ordonnateur et le payeur, ce dernier ne devrait pas accepter de telles pratiques.

M. Yannick Monnet (GDR). Je souscris à ces propos. D'où l'intérêt de cet amendement : il faut imposer des contraintes.

Les difficultés de recrutement s'expliquent pour partie par le manque de praticiens, mais aussi par les stratégies qu'ils développent, ainsi que par les pratiques peu loyales de certaines agences d'intérim – qui attirent d'anciens salariés d'établissements hospitaliers par le biais de remboursements de frais de déplacement majorés par exemple. Le plafonnement proposé dans cet amendement permettrait de limiter ces pratiques.

La loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a pénalisé le recours à l'intérim dans les premiers mois, mais les pratiques de contournement se sont adaptées.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS147 de Mme Marie-Charlotte Garin

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Cet amendement de Mme Garin vise à mentionner explicitement les métiers liés à la santé des femmes – notamment les sages-femmes et les conseillères en santé sexuelle – comme faisant partie des spécificités territoriales. Ces professions jouent un rôle essentiel pour répondre aux besoins des patientes, notamment en

matière de suivi de grossesse, d'accès à la contraception et de dépistage des pathologies gynécologiques. Elles sont cependant souvent en forte tension, particulièrement dans les zones sous-dotées.

M. le rapporteur général. Je comprends bien votre intention, mais votre rédaction est peu claire : vous semblez vouloir que les professions liées à la santé des femmes soient reconnues comme des spécificités territoriales. Je vous invite à la réécrire d'ici à la séance publique.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS20 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement précise que les dispositions de l'article 18, qui ne fait référence qu'à certains établissements, s'appliquent à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

La liste donnée à l'article 18 correspond aux établissements principalement concernés par les dérives de l'intérim, mais je ne vois pas d'inconvénient à élargir le champ des établissements qui pourront instaurer ces plafonnements, d'autant que les difficultés de recrutement que nous avons évoquées sont en train de gagner d'autres professions.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS19 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement vise à ramener au 1^{er} mars 2025 l'entrée en vigueur des dispositions de cet article : les professionnels savent depuis octobre qu'elles sont dans les tuyaux.

M. le rapporteur général. Depuis, il y a eu une censure, et nous n'avons toujours pas de PLFSS. Même dans un monde idéal, je ne vois pas comment cet article pourrait entrer en vigueur le 1^{er} mars prochain. Les établissements n'auront matériellement pas le temps de mettre en œuvre ces plafonnements.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

L'amendement AS543 de Mme Élise Leboucher est retiré.

La commission adopte l'article 18 modifié.

Article 18 bis (nouveau) : *Ajustements à la réforme du financement des établissements de santé*

La commission adopte l'article 18 bis non modifié.

Article 18 ter (nouveau) : *Prise en compte de l'impact de la concurrence transfrontalière dans le calcul du coefficient géographique*

La commission adopte l'article 18 ter non modifié.

Article 18 quater (nouveau) : *Intégrer la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables parmi les indicateurs du dispositif Ifaq*

La commission adopte l'article 18 quater non modifié.

Article 18 quinquies (nouveau) : *Élargissement de la possibilité pour un élu local de continuer à exercer son mandat malgré le bénéfice d'indemnités journalières*

La commission adopte l'article 18 quinquies non modifié.

Article 19 : *Lutter contre les pénuries des produits de santé*

Amendement AS353 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). Cet amendement vise à mieux se prémunir des pénuries de médicaments. En 2023, 5 000 ruptures de médicaments ont été déclarées, soit 30 % de plus qu'en 2022. Alors que le texte prévoit quatre mois de stock plafond, nous proposons un stock plancher de deux mois.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu cette discussion en première lecture. Je souhaite conserver l'équilibre précaire qui s'était esquissé en fin d'année dernière.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cette proposition est en partie issue du rapport de Valérie Rabault sur la proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments. Il ressort des auditions menées à cette occasion que cette solution est beaucoup plus acceptable, compte tenu de la mosaïque des produits concernés – qui sont plus de 400 désormais.

Fixer un stock plancher est moins coercitif et plus efficace qu'imposer un stock plafond – même si le meilleur stock est celui qui n'obère pas les réserves des officines et ne met pas le marché en tension.

M. Yannick Monnet (GDR). L'enjeu est bien de lutter contre la pénurie de médicaments. En l'absence de stocks planchers, on continuera de connaître de telles pénuries. Malgré l'engagement du Président de la République à relocaliser la production, nous sommes encore loin de la maîtriser et de disposer du pôle public du médicament que nous appelons de nos vœux. Dans cette attente, prémunissons-nous des pénuries à l'aide de stocks planchers.

M. le rapporteur général. Je comprends, mais l'amendement me semble satisfait : tel qu'il est rédigé, l'article 19 donne la possibilité au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de rehausser les niveaux de stock et même d'y déroger si nécessaire – pour des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur qui ont connu des problèmes de stock récurrents. De plus, la proposition de loi Rabault a permis de progresser en ce sens.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS334 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il s'agit d'anticiper le passage d'un médicament princeps à un générique. L'évaluation des besoins de la population sur les douze derniers mois glissants, telle que prévue à l'article 19, contraindra le laboratoire commercialisant le princeps à constituer un stock surdimensionné par rapport aux besoins réels, qui vont brusquement chuter. Cet amendement vise à considérer plutôt les trois derniers mois glissants, dès que la possibilité est offerte aux pharmaciens de substituer un princeps par un générique.

M. le rapporteur général. À titre personnel, je suis favorable à cet amendement – j'en avais moi-même déposé un en ce sens en première lecture. Cependant, en tant que rapporteur général, je dois privilégier les rédactions ayant fait consensus – je le dis d'autant plus librement que je n'ai pas participé à la CMP – afin de doter enfin notre sécurité sociale d'un budget.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS614 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à coordonner les dispositions figurant dans deux amendements adoptés par le Sénat en première lecture, l'un ayant été déposé par la commission des affaires sociales, l'autre par le Gouvernement.

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS360 de M. Nicolas Turquois et AS517 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Nicolas Turquois (Dem). Une disposition votée au Sénat à l'alinéa 6 prévoit jusqu'à six mois de stock. Cet amendement vise à la supprimer, car cela nous paraît excessif.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Les stocks sont aussi gérés à l'échelle européenne, il faut en tenir compte. La Commission européenne avait déjà procédé à des mises en garde concernant des obligations de stocks trop importantes en France, qui seraient déséquilibrés par rapport aux États moins exigeants. Nous devons également tenir compte des contraintes des entreprises pharmaceutiques, notamment la saturation des capacités de production et des capacités de stockage.

M. le rapporteur général. Les différents amendements à l'article 19 illustrent des positions antagonistes. J'en conclus que la rédaction est assez équilibrée et je ne souhaite pas la modifier.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il est précisé dans les exposés sommaires que le directeur de l'ANSM aura la possibilité d'augmenter ou de réduire les stocks. Les porter arbitrairement à six mois serait une surenchère contre-productive : on laissera les stocks de produits fabriqués dormir sur les étagères, pour éviter des pénalités, et les médicaments ne circuleront pas, ce qui créera une pénurie relative. Ce serait inepte. Il faut supprimer l'alinéa 6.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je comprends bien qu'un manque de produits de santé peut être très préjudiciable pour nos concitoyens et pour les pharmaciens, mais constituer des

stocks pouvant aller jusqu'à six mois, hors risques graves, implique de mobiliser beaucoup d'argent. Cette stratégie amènera certaines entreprises, devant fournir beaucoup de stocks qui ne seront pas forcément consommés, à arrêter des productions. Je trouve que ce serait aller trop loin dans la logique de prévention.

Mme Stéphanie Rist (EPR). L'alinéa 6 ne concerne que certains médicaments d'intérêt majeur pour lesquels on ne pourra aller au-delà de six mois, ce qui me paraît assez raisonnable. Il n'est pas question que ce soit pour tous les médicaments, mais pour certaines pathologies. Nous donnerons ainsi à l'ANSM un levier qu'elle a réclamé lors des auditions.

M. le rapporteur général. Je suis embêté : les articles 9 et 19 parvenaient à un équilibre, mais je suis sensible à vos arguments. Les questions que vous posez sont légitimes, mais j'ai également entendu ce qu'a dit Stéphanie Rist.

Ma position a évolué : sagesse.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS613 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. C'est un amendement de coordination entre les dispositions de l'article 19, dans sa version issue du Sénat, et l'article L. 5121-33 du code de la santé publique.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS99 de Mme Katiana Levavasseur

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS186 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Il s'agit de supprimer l'alinéa 14, qui porte le plafond de l'astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté de 30 à 50 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise lors du dernier exercice clos pour le produit considéré. Cela risquerait de mettre en péril l'industrie pharmaceutique française. J'entends dire qu'elle fait des profits et des surprofits, mais heureusement qu'elle est là pour fournir des médicaments en temps et en heure !

M. le rapporteur général. Je crois que votre amendement ne porte pas sur le bon alinéa : le taux de l'astreinte journalière est traité à l'alinéa 22. Je vous invite à le retirer pour le retravailler d'ici à la séance, en précisant que, sur le fond, il s'éloigne de l'équilibre que j'ai évoqué.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS354 de M. Yannick Monnet et AS511 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

M. Yannick Monnet (GDR). En cas de pénurie, le ministre ne doit pas avoir la faculté, mais l'obligation d'établir une stratégie. Il est impératif qu'il assume ses responsabilités.

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). En effet, il faut transformer cette faculté en obligation.

M. le rapporteur général. J'y souscris totalement. Avis favorable.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS33 de M. Joël Aviragnet

M. Arnaud Simion (SOC). L'ANSM a prononcé, il y a quelques mois, des sanctions d'un montant de 8 millions d'euros à l'encontre de laboratoires pharmaceutiques qui n'avaient pas respecté leur obligation d'avoir quatre mois de stocks de sécurité. Par cet amendement issu d'une proposition de loi déposée par Valérie Rabault, nous voulons consacrer les pouvoirs de contrôle de l'ANSM sur pièces et sur place dans les entreprises pharmaceutiques.

M. le rapporteur général. Par cohérence avec mes amendements, qui vont plutôt dans le sens contraire, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS545 de M. Hadrien Clouet et AS355 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Par l'amendement AS545, nous souhaitons rendre pleinement efficient le relèvement des sanctions financières en systématisant les amendes, prononcées par l'ANSM lorsque des entreprises ne respectent pas leurs obligations.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS355 est défendu.

M. le rapporteur général. Nous avons besoin d'un régime aussi équilibré que possible et je crois que vous êtes sensible, vous aussi, à l'idée que les sanctions doivent être proportionnées. Il ne me paraît pas opportun de les systématiser et de dicter sa conduite à l'ANSM. La philosophie à suivre est plutôt de renforcer ses prérogatives et de la laisser conduire des négociations avec intelligence et discernement avant d'en venir à des sanctions, tout en lui conférant des moyens dissuasifs. Je note, du reste, qu'il y a d'autres cas où vous refusez les sanctions automatiques. Il vaut mieux encourager les acteurs industriels à se mettre en conformité.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). J'aurais aimé que vous défendiez la même position ce matin s'agissant des allocations des parents de délinquants !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS428 de M. Yannick Monnet et AS546 Mme Zahia Hamdane (discussion commune)

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Il s'agit de garantir l'approvisionnement en médicaments en renforçant les sanctions à l'encontre des entreprises pharmaceutiques.

En 2023, 37 % des Français ont été confrontés à une pénurie de médicaments en pharmacie, soit 8 % de plus qu'en 2022. Les industriels ne respectent pas leurs obligations. Aussi le groupe LFI propose-t-il de renforcer l'astreinte journalière faisant sanction en cas d'infraction relative aux stocks de sécurité, et d'affecter une partie du produit de ces sanctions au financement de la branche maladie.

M. le rapporteur général. La systématisation de l'astreinte journalière en complément de la sanction ne me semble pas équilibrée. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS512 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). Pour éviter la systématisation, nous proposons de graduer les sanctions financières de l'ANSM de sorte qu'elles soient vertueuses et en prise avec la réalité opérationnelle, tout en assurant une continuité d'approvisionnement pour les patients.

Les sanctions seraient graduées selon la gravité des manquements constatés. Précision importante, le laboratoire en serait exempté s'il démontre sa capacité à reconstituer ses stocks dans un délai d'un mois – car un stock est fait pour être utilisé en cas de tension. En revanche, les sanctions seraient renforcées en cas de manquements répétés, jusqu'à 50 % du chiffre d'affaires pour les récidivistes.

M. le rapporteur général. Vous avez raison, ce ne sont pas tant les sanctions qui comptent que le respect de la réglementation relative aux stocks de sécurité, l'objectif étant avant tout d'éviter les pénuries.

L'ANSM n'a pas un recours abusif à son pouvoir de sanction. Elle est loin d'avoir prononcé des sanctions de manière systématique, ni au niveau maximal. Un régime de sanction renforcé pour les manquements répétés paraît justifié.

La CMP n'ayant pas modifié ce point, je m'en remets à la sagesse de la commission.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS129 de M. Sébastien Peytavie et AS357 de M. Philippe Vigier (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Nous ne pouvons tolérer que l'accès de la population à des médicaments essentiels soit soumis à des stratégies financières. En effet, les géants du secteur pharmaceutique jugent parfois plus rentable de payer une amende modérée que de maintenir la production d'un médicament n'entrant pas dans leurs projections financières.

Nous proposons donc d'instaurer des pénalités réellement dissuasives – sanctions financières ou *name and shame* sans limite de temps sur le site de l'ANSM – afin que la santé de la population ne soit pas sacrifiée sur l'autel du profit.

M. Philippe Vigier (Dem). Disons, pour être rapide, que mon amendement est identique.

M. le rapporteur général. M. Peytavie propose de porter le plafond des sanctions de 50 % à 100 % du chiffre d'affaires, ce qui me paraît quelque peu excessif. Je suis donc défavorable à l'amendement AS129.

L'amendement de M. Vigier, lui, veut réserver l'usage des sanctions financières aux seuls manquements répétés aux obligations de stockage. Cela me semble propice à éviter les pénuries. Sagesse.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS34 de M. Arnaud Simion et AS541 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. Arnaud Simion (SOC). L'amendement AS34 porte à cinq ans la durée de publication des sanctions de l'ANSM sur son site internet et y joint un tableau récapitulatif des entreprises sanctionnées.

M. le rapporteur général. La disposition préconisée par l'amendement AS34 ne figure pas dans la proposition de loi de Valérie Rabault visant à lutter contre les pénuries de médicaments, et je la trouve un peu excessive. La peine perpétuelle prévue par l'amendement AS541 l'est encore plus. N'oublions pas que les pénuries ne sont pas systématiquement de la faute des laboratoires.

Avis défavorable aux deux amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS182 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Je souhaiterais supprimer la référence aux achats groupés à l'échelon européen. La procédure de préachat confiée à la Commission européenne s'est en effet dès l'origine traduite par deux scandales, qui ont concerné les thérapies anticovid : l'achat dans un premier temps du Remdésivir, notoirement inefficace, puis l'achat de vaccins dans des conditions plus qu'opaques. Je peux en témoigner : j'ai eu l'occasion de voir, dans un bunker, ces contrats grisés à 60 % ou 70 %.

Cette procédure ne pourra empêcher ni la pénurie de matières premières, ni le développement d'un marché européen parallèle, ni le choix de distribuer les produits dans des pays où ils sont vendus plus cher par les répartiteurs. Elle n'aura donc aucun effet sur la gestion des stocks.

M. le rapporteur général. Je comprends votre raisonnement, et je me suis moi-même interrogé sur les risques en cas de tarif européen plus élevé que la demande formulée par le laboratoire dans la procédure de droit commun. Mais si le Comité économique des produits de santé (Ceps) a la possibilité de tenir compte des tarifs fixés dans le cadre d'un achat conjoint européen lorsqu'il négocie le prix d'un médicament, il n'en a nullement l'obligation. Si un achat à l'échelle européenne, avec de plus gros volumes, permet d'obtenir de meilleurs prix, pourquoi s'en priver ?

Le code de la sécurité sociale énumère les critères dont le Ceps « tient compte » dans la fixation du prix : la mention du prix européen n'en fera pas une valeur à laquelle il faudrait se conformer.

Il y a par ailleurs un risque de surenchère nationale, notamment s'agissant des vaccins. Il ne faudrait pas que cela nous pénalise.

L'alinéa 30 me paraît équilibré. Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'entends votre argument sur le prix, mais je parle ici du choix stratégique et surtout scientifique des produits. Rappelez-vous le Tamiflu. Rappelez-vous que l'achat du Remdésivir et celui des vaccins ont été faits avant toute expérimentation, avant toute étude randomisée. La possibilité de maîtriser la qualité et de connaître l'efficacité des produits que nous achetons me paraît primordiale par rapport au prix d'un achat groupé.

M. Philippe Vigier (Dem). J'ajouterai aux excellents arguments du rapporteur général qu'au moment de la crise du covid, c'est bien la coopération internationale qui a permis de dresser la cartographie antigénique du virus. Je me souviens aussi que, le 3 janvier 2021, nous étions les derniers de la classe pour la vaccination. Nous n'avions alors pas les capacités de produire des vaccins : nous avons été bien contents qu'il y ait des achats groupés européens ! Cet amendement limiterait notre capacité à agir dans des crises où il faut être à la fois rapide et efficace.

M. le rapporteur général. C'est un outil que nous ne sommes pas obligés d'utiliser : nos mains ne sont pas liées par cette mention dans l'article.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS130 de M. Sébastien Peytavie et AS356 de Mme Karine Lebon

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Cet amendement, issu d'une proposition de France Assos Santé, propose de compléter les critères de fixation des prix du médicament afin que le Ceps puisse tenir compte non seulement des prix des médicaments comparables mais aussi des investissements réels au titre de la recherche et développement ainsi que du financement public de cette recherche. Cela permettrait de s'assurer que les prix tiennent compte des efforts réellement consentis par les industriels, évitant ainsi une surévaluation fondée uniquement sur les coûts déclarés.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS356 est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Le critère le plus important pour déterminer le produit, c'est son efficacité et le service rendu au patient. Votre proposition rendrait la procédure plus complexe, ce qui n'est dans l'intérêt ni des patients, ni des entreprises, ni du Ceps.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS361 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). En fait, nous demandons de la transparence aux entreprises pharmaceutiques, dans un souci de bonne gestion des deniers publics.

M. le rapporteur général. La transparence est importante, mais il faut aussi respecter les autres dispositions légales existantes, notamment le secret des affaires. Par ailleurs, le Ceps n'a pas vocation à mener un audit financier des laboratoires. Sa mission est de fixer le prix des médicaments au vu de critères légaux : s'il peut la mener le mieux possible, c'est déjà très bien. Vos questions sont légitimes, mais il ne revient pas au Ceps d'y répondre.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS514 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé. amendements identiques AS612 de M. Thibault Bazin et AS513 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé (discussion commune)

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). L'amendement AS514 vise à renforcer la prise en compte du lieu de production des médicaments et des dispositifs médicaux dans la détermination de leur prix par le Ceps. Le rapporteur général comme le Gouvernement ont dit vouloir utiliser le levier du prix plutôt que la fiscalité pour mieux prendre en compte l'empreinte territoriale des entreprises productrices.

L'amendement AS513 vise à faire de la sécurité d'approvisionnement un critère prioritaire dans la fixation du prix, afin de lutter contre les pénuries.

M. le rapporteur général. J'avais promis à M. Lauzzana d'agir sur le lieu de production. C'est ce que je vous propose de faire, non pas grâce à la clause de sauvegarde, mais grâce au levier de la détermination du prix. Je demande le retrait de l'amendement AS514, au profit des amendements AS513 et AS612.

M. Michel Lauzzana (EPR). En tenant compte du lieu de production, on encourage aussi l'industrie pharmaceutique à mieux gérer son empreinte environnementale. Nous enclenchons ainsi un cercle vertueux.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je regrette le retrait de l'amendement AS514. Nous avons perdu la totalité de la chaîne de valeur qui existait en France il y a encore vingt ou vingt-cinq ans. Le critère de production sur le sol national me semble fondamental, à tout le moins pour réamorcer la production. La pénurie ne doit pas devenir permanente.

M. le rapporteur général. Réjouissez-vous, les amendements identiques sont similaires à celui qui a été retiré : nous tenons bien compte du lieu de production. La souveraineté sanitaire passe par la production des médicaments sur notre sol, et l'utilisation du mécanisme de fixation du prix, bien plus que la clause de sauvegarde, permettra de développer un modèle économique vertueux.

L'amendement AS514 étant retiré, la commission adopte les amendements AS612 et AS513.

Amendement AS131 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il s'agit de limiter les risques d'explosion des prix des médicaments en cas de suspension temporaire des procédures d'inscription et de tarification. En cas d'augmentation injustifiée des prix au-delà de ce plafond, le Ceps pourra décider de rétablir les procédures inscrites dans la loi.

M. le rapporteur général. Je comprends votre objectif, mais le dispositif que vous proposez ne me paraît pas opérationnel. Par ailleurs, les critères actuels sont robustes et objectifs : je pense que l'éventualité que vous craignez a été prévue.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 19 modifié.

La réunion s'achève à vingt heures dix.

Présences en réunion

Présents. – M. Pouria Amirshahi, M. Joël Aviragnet, Mme Anchya Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, Mme Sylvie Bonnet, M. Éric Bothorel, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sylvie Dezarnaud, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, M. Olivier Fayssat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Michel Lauzzana, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Christine Loir, Mme Hanane Mansouri, M. Damien Maudet, Mme Joëlle Mélin, Mme Joséphine Missoffe, M. Yannick Monnet, M. Sébastien Peytavie, Mme Stéphanie Rist, Mme Anne-Sophie Ronceret, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. – Mme Béatrice Bellay, M. Laurent Panifous

Assistaient également à la réunion. – Mme Sandra Marsaud, M. Christophe Naegelen