

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 16 novembre 2023

(24^e jour de séance de la session)



**PREMIÈRE
MINISTRE**

Direction de l'information
légale et administrative

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME SOPHIE PRIMAS

Secrétaire :
Mme Marie-Pierre Richer.

1. **Procès-verbal** (p. 8752)
2. **Partage de la valeur au sein de l'entreprise.** – Adoption des conclusions d'une commission mixte paritaire sur un projet de loi (p. 8752)

Mme Frédérique Puissat, rapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire

M. Olivier Dussopt, ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion

Texte élaboré par la commission mixte paritaire (p. 8754)

Vote sur l'ensemble (p. 8761)

Mme Guylène Pantel

M. Xavier Iacovelli

Mme Monique Lubin

M. Laurent Burgoa

Mme Corinne Bourcier

M. Olivier Henno

Mme Raymonde Poncet Monge

Mme Cathy Apourceau-Poly

Adoption du projet de loi dans le texte de la commission mixte paritaire.

Suspension et reprise de la séance (p. 8766)

3. **Financement de la sécurité sociale pour 2024.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 8767)

TROISIÈME PARTIE (SUITE) (p. 8767)

Article 20 (*suite*) (p. 8767)

Amendements identiques n^{os} 379 rectifié *ter* de Mme Chantal Deseyne, 452 rectifié *ter* de M. Alain Milon et 1137 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly. – Retrait des trois amendements.

Amendements identiques n^{os} 69 rectifié *sexies* de M. François Bonhomme, 134 rectifié *sexies* de M. Alain Milon, 572 rectifié *ter* de M. Daniel Chasseing et 745 rectifié *bis* de Mme Anne Souyris. – Retrait des amendements n^{os} 69 rectifié *sexies*, 134 rectifié *sexies* et 572 rectifié *ter*; rejet de l'amendement n^o 745 rectifié *bis*.

Amendement n^o 250 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 1291 du Gouvernement et 1359 de la commission. – Adoption des deux amendements.

Amendements identiques n^{os} 180 rectifié *quater* de M. Alain Milon, 401 rectifié *quater* de Mme Florence Lassarade et 680 rectifié *bis* de Mme Pascale Gruny. – Adoption des amendements n^{os} 180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater*, l'amendement n^o 680 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n^o 671 de Mme Anne-Sophie Romagny. – Non soutenu.

Amendement n^o 1237 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenu sans objet.

Amendement n^o 509 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte. – Retrait.

Amendements identiques n^{os} 510 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte et 1104 rectifié *ter* de Mme Annick Billon. – Retrait de l'amendement n^o 510 rectifié, l'amendement n^o 1104 rectifié *ter* étant devenu sans objet.

Amendements identiques n^{os} 251 de la commission et 918 rectifié de Mme Céline Brulin. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 165 rectifié *bis* de M. Alain Milon, 545 de Mme Anne-Sophie Romagny et 570 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait des amendements n^{os} 165 rectifié *bis* et 545; rejet de l'amendement n^o 570 rectifié *bis*.

Amendement n^o 1139 rectifié *ter* de Mme Corinne Bourcier. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 20 (p. 8774)

Amendements identiques n^{os} 1056 rectifié de Mme Véronique Guillotin, 1142 rectifié *ter* de Mme Corinne Bourcier, 1158 rectifié de M. Cyril Pellevat et 1353 rectifié *bis* du Gouvernement. – Adoption des quatre amendements insérant un article additionnel.

Amendement n^o 1241 de Mme Annie Le Houerou. – Devenu sans objet.

Amendement n^o 493 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte. – Retrait.

Amendement n^o 1219 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Articles 20 *bis* et 20 *ter* (*nouveaux*) – Adoption. (p. 8779)

Article 21 (p. 8779)

Mme Anne Souyris

M. Daniel Chasseing

Amendement n° 253 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 254 de la commission. – Adoption.

Amendements n° 664 et 663 de M. Rémi Cardon. – Non soutenus.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 (p. 8780)

Amendements identiques n° 155 rectifié *bis* de M. Olivier Henno et 472 rectifié *bis* de Mme Nathalie Delattre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 98 rectifié *quinquies* de Mme Nathalie Goulet. – Retrait.

Amendement n° 1261 rectifié *bis* de M. Patrice Joly. – Rejet.

Article 22 (p. 8783)

Mme Cathy Apourceau-Poly

Mme Nadia Sollogoub

Mme Émilienne Poumirol

Amendements identiques n° 33 rectifié *ter* de M. Alain Milon et 607 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 573 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Amendement n° 255 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1254 de Mme Catherine Conconne. – Retrait.

Amendement n° 1360 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 756 rectifié de Mme Anne Souyris. – Retrait.

Amendement n° 1361 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 256 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 8789)

PRÉSIDENTE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE

4. **Mise au point au sujet de votes** (p. 8789)

5. **Financement de la sécurité sociale pour 2024.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 8789)

Après l'article 22 (p. 8789)

Amendements identiques n° 378 rectifié de M. Fabien Genet, 635 rectifié de M. Michel Canévet, 682 rectifié *ter* de Mme Pascale Gruny, 1007 rectifié *quater* de M. Jean-François Longeot, 1299 rectifié *bis* de M. Jean-Claude Tissot et 1344 rectifié *bis* de Mme Patricia Schillinger. – Adoption des amendements n° 635 rectifié, 682 rectifié *ter* et 1007 rectifié *quater* insérant un article additionnel, les amendements n° 378 rectifié, 1299 rectifié *bis* et 1344 rectifié *bis* n'étant pas soutenus.

Amendement n° 1082 rectifié *bis* de Mme Sylvie Vermeillet. – Retrait.

Amendements identiques n° 474 rectifié *bis* de Mme Nathalie Delattre, 622 rectifié *ter* de M. Michel Canévet, 762 rectifié *bis* de Mme Anne Souyris et 967 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet des amendements n° 622 rectifié *ter*, 762 rectifié *bis* et 967 rectifié, l'amendement n° 474 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Article 22 *bis* (*nouveau*) (p. 8792)

Amendement n° 257 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 22 *ter* (*nouveau*) (p. 8793)

Mme Anne Souyris

M. Olivier Henno

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention

Amendement n° 258 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 862 rectifié de Mme Jocelyne Guidez. – Adoption.

Mme Nathalie Goulet

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 22 *ter* (p. 8794)

Amendement n° 962 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 420 rectifié *bis* de M. Jean Sol. – Rejet.

Amendement n° 1267 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 1090 rectifié *bis* de M. Jean-Michel Arnaud. – Rejet.

Amendement n° 1256 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Article 22 *quater* (nouveau) (p. 8798)

Amendement n° 259 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 23 (p. 8798)

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales

M. Alain Milon

Mme Cathy Apourceau-Poly

M. Bernard Jomier

M. Aurélien Rousseau, ministre

Amendement n° 260 de la commission. – Adoption par scrutin public n° 47.

Amendement n° 1362 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1278 de M. Bernard Jomier. – Devenu sans objet.

Amendement n° 262 de la commission et sous-amendement n° 1290 rectifié de M. Bernard Jomier. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 417 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendements identiques n° 441 rectifié *sexies* de Mme Viviane Malet, 1164 rectifié *bis* de Mme Marie-Do Aeschlimann et 1262 rectifié de Mme Audrey Bélim. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 263 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 30 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Adoption.

Amendement n° 1279 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 264 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 148 rectifié *bis* de M. Alain Milon et 606 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 597 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Rejet.

Amendement n° 265 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 23 (p. 8818)

Amendements identiques n° 26 rectifié *quater* de M. Alain Milon et 605 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 392 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn. – Non soutenu.

Amendement n° 659 rectifié *bis* de M. Frédéric Buval. – Retrait.

Amendement n° 964 rectifié de Mme Evelyne Corbière Namainzo. – Rejet.

Amendement n° 1264 de M. Alexandre Ouizille. – Rejet.

Amendement n° 598 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Rejet.

Amendements identiques n° 478 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 627 rectifié *bis* de M. Michel Canévet. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1293 du Gouvernement. – Retrait.

Amendement n° 1363 rectifié de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 966 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 1046 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Suspension et reprise de la séance (p. 8823)

Article 24 – Adoption. (p. 8823)

Article 25 (p. 8824)

M. Daniel Chasseing

Amendement n° 266 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 415 rectifié de Mme Florence Lassarade et 1272 de Mme Émilienne Poumirol. – Adoption des deux amendements.

Amendements identiques n° 856 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 1018 rectifié *bis* de M. Franck Menonville. – Retrait de l'amendement n° 1018 rectifié *bis*, l'amendement n° 856 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 267 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 25 (p. 8827)

Amendement n° 424 rectifié *ter* de M. Philippe Folliot. – Rejet.

Amendement n° 878 rectifié *bis* de M. Alain Duffourg. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 423 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 1024 rectifié *ter* de Mme Nadège Havet. – Devenus sans objet.

Amendement n° 10 rectifié *ter* de Mme Sylviane Noël. – Non soutenu.

Amendement n° 588 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 992 rectifié de M. Joshua Hochart. – Devenu sans objet.

Amendement n° 883 rectifié *bis* de Mme Florence Blatrix Contat. – Devenu sans objet.

Amendement n° 35 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1300 rectifié du Gouvernement. – Devenu sans objet.

Article 26 (p. 8832)

Amendement n° 268 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1236 de Mme Monique Lubin. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 26 (p. 8834)

Amendement n° 1297 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 481 rectifié *ter* de M. Alexandre Ouizille. – Rejet par scrutin public n° 48.

Amendement n° 1122 rectifié de M. Victorin Lurel. – Rejet.

Amendement n° 450 rectifié *quater* de M. Patrice Joly. – Rejet par scrutin public n° 49.

Amendement n° 648 rectifié de M. Serge Méry. – Non soutenu.

Amendement n° 957 de Mme Céline Brulin. – Rejet par scrutin public n° 50.

Amendement n° 131 rectifié *ter* de M. Alain Milon. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1239 de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Amendement n° 1276 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Article 26 *bis* (nouveau) (p. 8841)

M. Daniel Chasseing

Adoption de l'article.

Article 26 *ter* (nouveau) – Adoption. (p. 8842)

Article 26 *quater* (nouveau) (p. 8842)

Amendement n° 269 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 1049 de Mme Solanges Nadille. – Retrait.

Amendements identiques n° 1073 de Mme Solanges Nadille et 1296 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 26 *quinquies* (nouveau) – Adoption. (p. 8843)

Article 26 *sexies* (nouveau) (p. 8843)

Amendement n° 270 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 271 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Avant l'article 27 (p. 8844)

Amendement n° 273 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 272 de la commission et 1336 rectifié *ter* de Mme Patricia Schillinger. – Adoption de l'amendement n° 272 insérant un article additionnel, l'amendement n° 1336 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 275 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 274 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1244 de M. Rachid Temal. – Rejet.

Article 27 (p. 8853)

Amendements identiques n° 816 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge, 920 de Mme Cathy Apourceau-Poly et 1245 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet des trois amendements.

6. Mise au point au sujet d'un vote (p. 8857)

Suspension et reprise de la séance (p. 8857)

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE VERMEILLET

7. Financement de la sécurité sociale pour 2024. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 8857)

Organisation des travaux (p. 8857)

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales

Article 27 (*suite*) (p. 8857)

Amendements identiques n° 276 de la commission, 466 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 819 rectifié *bis* de Mme Raymonde Poncet Monge. – Adoption des amendements n° 276 et 819 rectifié *bis*, l'amendement n° 466 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 817 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge, 921 de Mme Cathy Apourceau-Poly et 985 rectifié de M. Pierre-Antoine Levi. – Rejet des amendements n° 817 rectifié et 985 rectifié, l'amendement n° 921 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1364 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 818 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 1384 du Gouvernement. – Adoption.

Amendements identiques n° 358 rectifié de M. Cyril Pellevat, 409 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade et 639 rectifié de Mme Nathalie Delattre. – Retrait des amendements n° 358 rectifié et 409 rectifié *bis*, l'amendement n° 639 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 45 rectifié de Mme Jocelyne Guidez et 84 rectifié de Mme Guylène Pantel. – Devenus sans objet, l'amendement n° 84 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 693 rectifié de Mme Pascale Gruny. – Retrait.

Amendements identiques n° 821 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge et 1255 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenus sans objet.

Amendement n° 360 rectifié de Mme Alexandra Borchio Fontimp. – Devenu sans objet.

Amendement n° 694 rectifié *bis* de Mme Pascale Gruny. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 27 *bis* (nouveau) (p. 8863)

Amendement n° 277 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 28 (p. 8863)

Amendement n° 922 de Mme Cathy Apourceau-Poly. – Rejet.

Amendement n° 843 rectifié de Mme Nathalie Delattre. – Non soutenu.

Amendement n° 822 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 278 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 279 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 46 rectifié *bis* de Mme Jocelyne Guidez, 85 rectifié *ter* de Mme Guylène Pantel, 359 rectifié *quater* de M. Cyril Pellevat, 361 rectifié *ter* de Mme Alexandra Borchio Fontimp, 410 rectifié *quater* de Mme Florence Lassarade, 823 rectifié *bis* de Mme Raymonde Poncet Monge, 984 rectifié *ter* de M. Pierre-Antoine Levi, 1165 rectifié *ter* de Mme Marie-Do Aeschlimann et 1259 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – Adoption des amendements n° 46 rectifié *bis*, 359 rectifié *quater*, 361 rectifié *ter*, 410 rectifié *quater*, 823 rectifié *bis*, 984 rectifié *ter*, 1165 rectifié *ter* et 1259 rectifié, l'amendement n° 85 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 824 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Retrait.

Amendement n° 825 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Retrait.

Amendements identiques n° 77 rectifié de Mme Jocelyne Guidez, 844 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 1281 de M. Bernard Jomier. – Retrait de l'amendement n° 77 rectifié; rejet de l'amendement n° 1281, l'amendement n° 844 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1347 rectifié de M. Patrick Chaize. – Retrait.

Amendement n° 280 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 281 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 282 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 28 (p. 8869)

Amendement n° 587 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 384 rectifié *bis* de Mme Nathalie Delattre. – Rejet.

Amendement n° 385 rectifié *bis* de Mme Nathalie Delattre. – Rejet.

Amendement n° 1079 rectifié de Mme Sylvie Vermeillet. – Retrait.

Article 29 (p. 8872)

Amendement n° 769 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 283 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 29 *bis* (nouveau) (p. 8874)

Amendement n° 284 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 285 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 29 *ter* (nouveau) – Adoption. (p. 8875)

Article 30 (p. 8875)

Amendements identiques n° 435 rectifié de Mme Nathalie Delattre, 456 rectifié *bis* de M. Jean-Jacques Michau, 503 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte, 529 de M. Christopher Szczurek, 770 rectifié de Mme Anne Souyris, 925 de Mme Cathy Apourceau-Poly, 1012 rectifié *bis* de M. Philippe Tabarot et 1123 rectifié de M. Victorin Lurel. – Rejet des amendements n° 456 rectifié *bis*, 503 rectifié, 770 rectifié, 925 et 1012 rectifié *bis*, les amendements n° 435 rectifié, 529 et 1123 rectifié n'étant pas soutenus.

Amendement n° 772 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 853 rectifié de Mme Nathalie Delattre. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 78 rectifié de Mme Jocelyne Guidez, 846 rectifié de Mme Nathalie Delattre et 1167 rectifié *bis* de Mme Marie-Do Aeschlimann. – Retrait des amendements n° 78 rectifié et 1167 rectifié *bis*, l'amendement n° 846 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 771 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 826 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 1263 de Mme Marie-Pierre Monier. – Rejet.

Amendement n° 553 de M. Aymeric Durox. – Non soutenu.

Amendement n° 1284 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 827 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 286 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 30 (p. 8881)

Amendement n° 871 de Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Non soutenu.

Article 31 (p. 8881)

Mme Marianne Margaté

Amendement n° 287 de la commission. – Rectification.

Amendement n° 287 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 288 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1175 de Mme Marie-Pierre Monier. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 32 (p. 8883)

Amendement n° 289 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 290 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 291 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 32 (p. 8885)

Amendement n° 978 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Article 33 (p. 8886)

Amendement n° 1341 rectifié *bis* de Mme Patricia Schillinger. – Non soutenu.

Amendement n° 506 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte. – Rejet.

Amendement n° 1229 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 1380 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 773 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 554 de M. Aymeric Durox. – Non soutenu.

Amendement n° 293 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 292 de la commission et 1176 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Adoption des deux amendements.

Amendements identiques n° 774 rectifié de Mme Anne Souyris, 926 de Mme Céline Brulin et 1177 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 1365 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 33 (p. 8891)

Amendement n° 1159 de M. Xavier Iacovelli et sous-amendement n° 1374 de la commission. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Article 34 (p. 8893)

Amendement n° 294 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 295 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 34 *bis* (nouveau) (p. 8893)

Amendement n° 1178 de Mme Émilienne Poumirol. – Retrait.

Adoption de l'article.

Après l'article 34 *bis* (p. 8894)

Amendements identiques n° 133 rectifié *quater* de M. Alain Milon et 406 rectifié *ter* de Mme Florence Lassarade. – Rejet des deux amendements.

Renvoi de la suite de la discussion.

8. **Ordre du jour** (p. 8895)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTENCE DE MME SOPHIE PRIMAS

vice-présidente

Secrétaire :

Mme Marie-Pierre Richer.

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à dix heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

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

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

2

PARTAGE DE LA VALEUR AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Adoption des conclusions d'une commission mixte paritaire sur un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle l'examen des conclusions de la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise (texte de la commission n° 108, rapport n° 107).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme le rapporteur. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains et UC. – Mme Corinne Bourcier applaudit également.*)

Mme Frédérique Puissat, rapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, la commission mixte paritaire qui s'est réunie, hier, sur le projet de loi de transposition de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise est parvenue à un texte commun.

Ce texte est conforme à la ligne tracée par la majorité sénatoriale : assurer une transposition fidèle et complète des mesures de l'ANI qui nécessitent l'intervention du législateur.

En effet, le respect de la parole des partenaires sociaux imposait, à notre sens, de se limiter à la stricte retranscription des mesures contenues dans l'accord. Le Gouvernement s'y était engagé ; le Parlement l'a fait – si vous me permettez de le

formuler ainsi. Ce dernier a joué son rôle en assurant la retranscription fidèle des mesures qui nécessitaient l'intervention du législateur.

Ainsi, le texte de la commission mixte paritaire permet de respecter l'accord conclu par les partenaires sociaux, en conservant des apports de l'Assemblée nationale et du Sénat.

La commission mixte paritaire a retenu les articles 1^{er} et 1^{er} bis, qui prévoient d'ouvrir des négociations de branche pour examiner la nécessité de réviser les classifications et d'inciter les branches à faire le bilan de leur action sur la mixité des emplois.

Concernant le développement du partage de la valeur dans les petites et moyennes entreprises (PME), nos deux assemblées se sont accordées sur l'article 2, qui permettra aux entreprises de moins de 50 salariés de recourir à une formule de calcul de la participation dérogatoire lorsqu'elles mettent volontairement en place un dispositif de participation.

Nos deux assemblées ont également approuvé l'article 3 qui oblige les entreprises de 11 salariés à 49 salariés, ayant réalisé durant trois exercices consécutifs un bénéfice d'au moins 1 % de leur chiffre d'affaires, à instituer un dispositif de partage de la valeur. Cette mesure expérimentale sera également applicable au secteur de l'économie sociale et solidaire (ESS), aux termes de l'article 3 bis.

Conformément au souhait du Sénat, la commission mixte paritaire a rendu cette obligation applicable aux exercices ouverts après le 31 décembre 2024, alors que l'Assemblée nationale avait avancé son application d'un an. Je me félicite que la position du Sénat ait été suivie sur ce point, car la date retenue est celle qui a été fixée par les partenaires sociaux. Nous honorons ainsi notre engagement de retranscrire fidèlement l'ANI.

La commission mixte paritaire a retenu l'article 5, approuvé par les deux assemblées, qui met en place un nouveau dispositif de partage de la valeur en cas d'augmentation exceptionnelle du bénéfice net fiscal de l'entreprise, ainsi que l'article 7 qui crée un nouveau dispositif de partage de la valorisation de l'entreprise.

Pour renforcer le soutien du pouvoir d'achat des salariés des PME, nous avons aussi retenu l'article 6, qui permettra d'ajuster les modalités de distribution de la prime de partage de la valeur et de prolonger le régime temporaire d'exonérations sociales et fiscales de cette prime jusqu'à la fin de l'année 2026 pour les entreprises de moins de 50 salariés.

La commission mixte paritaire n'a pas retenu l'article 10 bis qui portait sur la prise en compte des critères de responsabilité sociale et environnementale (RSE) dans le calcul de l'intéressement, celle-ci étant déjà permise par le droit existant, comme nous l'avons souligné au Sénat.

C'est également le cas de l'article 14 *bis*, qui relève davantage du domaine réglementaire. Je remercie mon collègue Michel Canévet qui a accepté cette suppression, dans le cadre d'un accord que nous avons trouvé, hier. En effet, l'adoption de cet article risquait de créer une hiérarchie entre les différents motifs de déblocage anticipé de l'épargne salariale.

L'article 13 *bis*, introduit au Sénat, n'a pas non plus été retenu par la commission mixte paritaire. Il portait sur un enjeu important, à savoir les apports d'actions à une société de gestion, consécutifs à une attribution gratuite d'actions démocratique ou quasi démocratique. Cependant, il est apparu que, en l'état, il risquait de fragiliser le régime fiscal dont ces apports bénéficient.

La commission mixte paritaire a adopté les mesures qui visent à développer l'actionnariat salarié, en rehaussant notamment les plafonds globaux d'attribution gratuite d'actions aux salariés et en simplifiant les règles de gouvernance des fonds communs de placement d'entreprise.

Au total, ce texte facilitera le développement des outils de partage de la valeur dans les entreprises, au profit des salariés.

Il appartiendra ensuite au Gouvernement de prendre les mesures réglementaires nécessaires à la pleine application de l'ANI, puis aux branches et aux entreprises de se saisir des outils mis à leur disposition pour développer le partage de la valeur.

Conformément à l'article L. 1 du code du travail, introduit par la loi du 31 janvier 2007 de modernisation du dialogue social, dite loi Larcher, les représentants des salariés et des employeurs doivent avoir une place déterminante dans l'élaboration du droit du travail.

Par la transposition fidèle de cet accord national interprofessionnel, nous redonnons au dialogue social la place qu'il mérite dans notre démocratie.

Je vous invite donc à adopter le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains et UC. – Mme Corinne Bourcier applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Olivier Dussopt, ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion. Madame la présidente, monsieur le président de la commission des affaires sociales, madame la rapporteure, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement accueille avec une grande satisfaction l'accord trouvé en commission mixte paritaire sur la transposition de l'accord national interprofessionnel du 10 février 2023 relatif au partage de la valeur. Cet accord est deux fois bienvenu, d'abord pour le dialogue social, ensuite pour la démocratie parlementaire.

Transposer intégralement et fidèlement un ANI au Parlement, comme le prévoit l'article L. 1 du code du travail issu de la loi défendue en 2007 par le président Gérard Larcher, pouvait s'avérer périlleux pour des parlementaires qui, par définition, sont attachés – autant que je le suis – au droit d'amendement.

Force est de constater que vous avez démontré une fois de plus, par l'exemple, votre capacité à concilier démocratie sociale et démocratie parlementaire.

Le sens du dialogue et des responsabilités des deux assemblées aura permis de réussir sans faux pas cette transposition, dans un équilibre subtil entre l'écoute du dialogue social et le respect de la compétence du législateur.

Cela tient d'abord et avant tout, mesdames, messieurs les sénateurs, à la qualité des discussions parlementaires qui ont eu lieu, grâce notamment au travail de Mme la rapporteure et de son homologue à l'Assemblée nationale, le député Margueritte. Tous deux ont su ouvrir la discussion et faire les concessions nécessaires à l'aboutissement de cette commission mixte paritaire.

Ce projet de loi répond à deux demandes majeures des Français : une action pour le pouvoir d'achat et une plus grande participation des salariés à la vie de leur entreprise.

L'action du Gouvernement en matière de pouvoir d'achat s'inscrit dans une continuité entre la loi du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite loi Pacte, les mesures d'urgence de la crise sanitaire, les réponses apportées pour lutter contre l'inflation et la volonté de toujours développer les outils de partage de la valeur.

Ce texte, sans jamais substituer les dispositifs de partage de la valeur aux salaires, vient compléter cet arsenal au service du pouvoir d'achat des Français.

Le gain de pouvoir d'achat par le partage de la valeur créée dans l'entreprise renvoie aussi à une certaine conception du travail, selon laquelle partager la valeur, c'est d'abord et avant tout revaloriser le travail en renforçant la solidarité de destin entre l'entreprise et le salarié.

L'entreprise sait ce qu'elle doit à ses salariés comme le salarié sait ce qu'il doit à l'entreprise. L'expression de cette solidarité de destin dans la participation correspond à la mise en action concrète de la démocratie au travail, grâce à la place renforcée donnée au salarié au cœur de la vie et du développement de l'entreprise.

Vous le savez, je suis convaincu par cette double vertu du partage de la valeur. C'est pourquoi j'avais invité, le 16 septembre 2022, les partenaires sociaux à ouvrir une négociation sur ce sujet. Peu d'observateurs, à l'époque, pensaient cet accord possible.

Pourtant, malgré les débats agités du printemps, les partenaires sociaux sont parvenus à un accord le 10 février 2023, signé par sept des organisations syndicales et patronales représentatives aux niveaux national et interprofessionnel.

Fort de cet esprit de consensus entre les partenaires sociaux, que je tiens de nouveau à saluer, je m'étais engagé à une transposition intégrale et fidèle de l'accord selon le principe « tout l'accord et rien que l'accord ».

Sans rien trahir de son esprit, le Parlement s'est penché sur le texte et sur des améliorations possibles. Les débats, de qualité, ont fait converger la conception des partenaires sociaux et les vues des parlementaires vers des avancées substantielles pour le partage de la valeur dans notre pays.

En premier lieu, outre une série de simplifications et d'assouplissements, je pense à l'obligation d'engager une négociation d'ici au 31 décembre pour examiner la nécessité de réviser les classifications des branches qui n'ont pas procédé à cet examen depuis plus de cinq ans. Cela permettra d'améliorer les rémunérations ainsi que l'éventail des salaires, tout en faisant écho aux chantiers que nous avons lancés avec les partenaires sociaux, dans le cadre de la conférence sociale voulue par la Première ministre.

Le partage de la valeur doit également se diffuser dans toutes les entreprises. Aujourd'hui, malheureusement, rares sont les très petites entreprises (TPE) et les PME qui bénéficient de dispositifs de participation, à la fois parce qu'elles

n'en ont pas l'obligation et parce que ces dispositifs sont parfois complexes à mettre en place. C'est la raison pour laquelle moins de 10 % des salariés des entreprises de 11 à 49 salariés sont concernés par un dispositif d'intéressement ou de participation.

Dans l'objectif de mettre fin à cette inégalité de fait entre les salariés des petites et des grandes entreprises, le texte de loi transposant l'ANI renvoie au dialogue social pour organiser des négociations par accord de branche ou d'entreprise afin de trouver des formules dérogatoires plus adaptées.

De même, les entreprises de 11 à 50 salariés auront jusqu'au 31 décembre 2023 pour mettre en place un dispositif de partage de la valeur dès lors qu'elles enregistrent un bénéfice net fiscal positif supérieur à 1 % de leur chiffre d'affaires pendant trois années consécutives.

Grâce à ces dispositions au caractère très technique, près de 1,5 million de salariés pourront avoir accès plus facilement à des dispositifs de partage de la valeur, d'intéressement ou de participation.

Ce texte crée aussi un plan de partage de la valorisation de l'entreprise. Ce plan d'une durée de trois ans, mis en place par accord pour l'ensemble des salariés ayant au moins un an d'ancienneté, permet aux salariés de bénéficier d'une prime lorsque la valeur de l'entreprise a augmenté au cours des trois années de durée du plan. Cet outil innovant contribuera à fidéliser les salariés et à les intéresser à la croissance ainsi qu'à l'augmentation de la valeur de leur entreprise.

Pour soutenir le pouvoir d'achat des salariés, la prime de partage de la valeur continuera d'être fiscalement exonérée jusqu'au 31 décembre 2026 pour les salariés dont la rémunération est inférieure à trois Smic, dans les entreprises de moins de 50 salariés.

À cette étape de mon propos, je tiens à souligner que le Parlement a en même temps tenu à affirmer le principe de non-substitution au salaire, tel que les partenaires sociaux l'ont inscrit dans l'accord. Consacré à l'article 2A, il concerne tous les dispositifs de partage de la valeur.

Enfin, le texte engage le développement de l'actionnariat salarié. Dans l'accord interprofessionnel, les partenaires sociaux ont tenu à trouver des leviers pour y parvenir, comme l'extension de la portion du capital ouverte aux salariés actionnaires, par l'augmentation des plafonds de versement d'actions gratuites aux salariés; l'amélioration de la gouvernance des fonds d'actionnariat salarié par la recherche d'une plus grande transparence sur la politique d'engagement actionnarial; la promotion d'une épargne verte, solidaire et responsable, à travers l'obligation de proposer au moins un fonds responsable parmi les plans d'épargne entreprise et retraite d'entreprise.

Telle est donc, mesdames, messieurs les sénateurs, la nature de ce texte d'accord entre les deux chambres du Parlement. C'est un texte dont je crois qu'il répond aux attentes des Français en matière de pouvoir d'achat et de participation à la vie des entreprises.

Encore une fois, je tiens à souligner son parcours exemplaire, depuis l'accord interprofessionnel jusqu'à la transposition fidèle, mais enrichie, qu'il en propose. C'est là le signe d'une bonne santé démocratique, dont l'expression se traduit par la confiance des acteurs dans le dialogue social et dans le travail parlementaire. Ils ont pu ainsi avancer dans la même direction, celle d'un meilleur partage de la valeur dans notre pays.

Vous l'aurez compris, le Gouvernement est reconnaissant au Parlement pour ce travail et remercie particulièrement les rapporteurs des deux chambres. Je vous invite, mesdames, messieurs les sénateurs, à adopter les conclusions de la commission mixte paritaire. (*Applaudissements sur les travées du groupe RDPI. – M. Michel Canévet et Mme Corinne Bourcier applaudissent également.*)

Mme la présidente. Nous passons à la discussion du texte élaboré par la commission mixte paritaire.

Je rappelle que, en application de l'article 42, alinéa 12, du règlement, aucun amendement n'est recevable, sauf accord du Gouvernement; en outre, le Sénat étant appelé à se prononcer avant l'Assemblée nationale, il statue d'abord sur les éventuels amendements, puis, par un seul vote, sur l'ensemble du texte.

Je donne lecture du texte élaboré par la commission mixte paritaire.

PROJET DE LOI PORTANT TRANSPOSITION
DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL RELATIF AU
PARTAGE DE LA VALEUR AU SEIN DE L'ENTREPRISE

TITRE I^{ER}

**RENFORCER LE DIALOGUE SOCIAL
SUR LES CLASSIFICATIONS**

Article 1^{er}

Une négociation en vue de l'examen de la nécessité de réviser les classifications en prenant en compte l'objectif d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et de mixité des emplois est ouverte avant le 31 décembre 2023, au sein des branches n'ayant pas procédé à cet examen depuis plus de cinq ans.

Article 1^{er} bis

Les organisations liées par une convention de branche ou, à défaut, par des accords professionnels établissent, avant le 31 décembre 2024, un bilan de l'action de la branche en faveur de la promotion et de l'amélioration de la mixité des emplois, prévu à l'article L. 2232-9 du code du travail, assorti de propositions d'actions visant notamment à améliorer l'accompagnement des entreprises dans l'atteinte de cet objectif. Ce bilan et les propositions associées sont élaborés en lien avec l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications mentionné à l'article L. 2241-12 du même code.

TITRE II

**FACILITER LA GÉNÉRALISATION DES
DISPOSITIFS DE PARTAGE DE LA VALEUR**

Article 2

- ① I. – À titre expérimental et pendant une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 3323-6 du code du travail peuvent mettre en application un régime de participation, au sens du

même article L. 3323-6, dérogeant à la règle de l'équivalence des avantages consentis aux salariés prévue à l'article L. 3324-2 du même code :

- ② 1° Soit par application d'un accord de participation conclu au niveau de la branche dans les conditions prévues à l'article L. 3322-9 dudit code ;
- ③ 2° Soit par application d'un accord de participation conclu dans les conditions prévues à l'article L. 3322-6 du même code.
- ④ II. – Les entreprises mentionnées au I du présent article qui mettent en application un régime de participation à la date d'entrée en vigueur de la présente loi ne peuvent opter pour le régime défini au I, lorsqu'il déroge à la règle de l'équivalence des avantages consentis aux salariés, qu'en concluant un accord dans les conditions prévues à l'article L. 3322-6 du code du travail.
- ⑤ III. – Une négociation en vue de la mise en place d'un régime de participation mentionné au I du présent article est ouverte au sein de chaque branche au plus tard le 30 juin 2024.
- ⑥ À défaut d'initiative de la partie patronale avant cette date, la négociation s'engage dans un délai de quinze jours à compter de la demande d'une organisation de salariés représentative dans la branche.
- ⑦ IV. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation prévue au présent article au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation. Ce rapport propose différentes évolutions envisageables de la formule de calcul de la réserve spéciale de participation définie à l'article L. 3324-1 du code du travail et évalue les incidences de chacune d'entre elles.
- ⑧ Un suivi annuel de l'application du présent article est transmis aux organisations syndicales et patronales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

Article 3

- ① I. – À titre expérimental et pendant une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, les entreprises d'au moins onze salariés qui ont réalisé pendant trois exercices consécutifs un bénéfice net fiscal, au sens du 1° de l'article L. 3324-1 du code du travail, au moins égal à 1 % du chiffre d'affaires et qui ne sont pas tenues de mettre en place un régime de participation en application des articles L. 3322-1 à L. 3322-5 du même code doivent, au titre de l'exercice suivant :
 - ② 1° Soit mettre en place un régime de participation, dans les conditions prévues aux articles L. 3322-9 ou L. 3323-6 dudit code ou au I de l'article 2 de la présente loi, ou un régime d'intéressement, dans les conditions prévues aux articles L. 3312-5 ou L. 3312-8 du code du travail ;
 - ③ 2° Soit abonder un plan d'épargne salariale prévu aux articles L. 3332-1, L. 3333-2, L. 3334-2 ou L. 3334-4 du même code ou aux articles L. 224-13 ou L. 224-16 du code monétaire et financier, selon les modalités prévues aux articles L. 3332-11 et L. 3334-6 du code du travail et à l'article L. 224-20 du code monétaire et financier ;

- ④ 3° Soit verser la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.
- ⑤ I *bis*. – Sont réputées satisfaire à l'obligation prévue au I du présent article les entreprises dans lesquelles l'un des dispositifs mentionnés aux 1° à 3° du même I est mis en œuvre et s'applique au titre de l'exercice considéré.
- ⑥ II. – Ne sont pas soumises à l'obligation prévue au I du présent article :
 - ⑦ 1° (*Supprimé*)
 - ⑧ 2° Les entreprises individuelles créées sur le fondement de l'article L. 526-5-1 du code de commerce, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2022-172 du 14 février 2022 en faveur de l'activité professionnelle indépendante, ou de l'article L. 526-22 du code de commerce ;
 - ⑨ 3° Les entreprises qui relèvent du statut des sociétés anonymes à participation ouvrière prévu aux articles L. 225-258 à L. 225-270 du même code, qui versent un dividende à leurs salariés au titre de l'exercice écoulé et dont le taux d'intérêt sur la somme versée aux porteurs d'actions de capital en application du troisième alinéa de l'article L. 225-261 dudit code est égal à 0 %.
- ⑩ III. – L'obligation de mettre en place l'un des dispositifs mentionnés aux 1° à 3° du I du présent article s'applique aux exercices ouverts après le 31 décembre 2024. Les trois exercices précédents sont pris en compte pour l'appréciation du respect de la condition relative à la réalisation du bénéfice net fiscal.
- ⑪ IV. – Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, un rapport d'évaluation de l'expérimentation prévue au présent article comprenant une présentation des dispositifs mis en place par les entreprises.
- ⑫ Un suivi annuel de l'application du présent article est transmis aux organisations syndicales et patronales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

Article 3 bis

- ① I. – À titre expérimental et pendant une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, lorsqu'un accord de branche étendu le permet, les personnes morales mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire qui emploient au moins onze salariés, qui ne déclarent pas de bénéfice net fiscal au sens du 1° de l'article L. 3324-1 du code du travail et qui ont réalisé pendant trois exercices consécutifs un résultat excédentaire au moins égal à 1 % de leurs recettes doivent, au titre de l'exercice suivant :
 - ② 1° Soit mettre en place un dispositif d'intéressement, dans les conditions prévues aux articles L. 3312-5 ou L. 3312-8 du même code ;
 - ③ 2° Soit abonder un plan d'épargne salariale prévu aux articles L. 3332-1, L. 3333-2, L. 3334-2 ou L. 3334-4 dudit code ou aux articles L. 224-13 ou L. 224-16 du code monétaire et financier, selon les modalités prévues aux articles L. 3332-11 et L. 3334-6 du code du travail et à l'article L. 224-20 du code monétaire et financier ;

- ④ 3° Soit verser la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.
- ⑤ I *bis*. – Sont réputées satisfaire à l'obligation prévue au I du présent article les personnes morales dans lesquelles l'un des dispositifs mentionnés aux 1° à 3° du même I est mis en œuvre et s'applique au titre de l'exercice considéré.
- ⑥ II. – Ne sont pas soumises à l'obligation prévue au I du présent article les personnes morales qui mettent en application un régime de participation au titre de l'exercice considéré.
- ⑦ III. – L'obligation de mettre en place l'un des dispositifs mentionnés aux 1° à 3° du I s'applique aux exercices ouverts après le 31 décembre 2024. Les trois exercices précédents sont pris en compte pour l'appréciation du respect de la condition relative à la réalisation du résultat excédentaire.
- ⑧ IV. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation prévue au présent article au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation.

Article 5

- ① I. – Le chapitre VI du titre IV du livre III de la troisième partie du code du travail est ainsi rétabli :
- ② « CHAPITRE VI
- ③ « *Partage de la valeur en cas d'augmentation exceptionnelle du bénéfice net fiscal*
- ④ « Art. L. 3346-1. – I. – Lorsqu'une entreprise qui est tenue de mettre en place un régime de participation en application des articles L. 3322-1 à L. 3322-5 et qui dispose d'un ou de plusieurs délégués syndicaux a ouvert une négociation pour mettre en œuvre un dispositif d'intéressement ou de participation, cette négociation porte également sur la définition d'une augmentation exceptionnelle de son bénéfice défini au 1° de l'article L. 3324-1 et sur les modalités de partage de la valeur avec les salariés qui en découlent.
- ⑤ « Pour l'application du premier alinéa du présent I, la définition de l'augmentation exceptionnelle du bénéfice prend en compte des critères tels que la taille de l'entreprise, le secteur d'activité, la survenance d'une ou plusieurs opérations de rachat d'actions de l'entreprise suivie de leur annulation dès lors que ces opérations n'ont pas été précédées des attributions aux salariés dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 ainsi qu'aux articles L. 22-10-59 et L. 22-10-60 du code de commerce, les bénéfices réalisés lors des années précédentes ou les événements exceptionnels externes à l'entreprise intervenus avant la réalisation du bénéfice.
- ⑥ « Le partage de la valeur mentionné au même premier alinéa peut être mis en œuvre :
- ⑦ « 1° Soit par le versement du supplément de participation prévu à l'article L. 3324-9 du présent code ;

- ⑧ « 2° Soit par le versement du supplément d'intéressement prévu à l'article L. 3314-10, lorsqu'un dispositif d'intéressement s'applique dans l'entreprise ;
- ⑨ « 3° Soit par l'ouverture d'une nouvelle négociation ayant pour objet de mettre en place un dispositif d'intéressement défini à l'article L. 3312-1 lorsqu'il n'existe pas dans l'entreprise, de verser un supplément mentionné aux articles L. 3314-10 et L. 3324-9 si l'accord en application duquel il est versé a donné lieu à versement, d'abonder un plan d'épargne mentionné aux articles L. 3332-1, L. 3333-2, L. 3334-2 ou L. 3334-4 du présent code ou à l'article L. 224-13 du code monétaire et financier ou de verser la prime de partage de la valeur mentionnée à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.
- ⑩ « II. – Le présent article ne s'applique pas aux entreprises qui ont mis en place un accord de participation ou d'intéressement comprenant déjà une clause spécifique prenant en compte les bénéfices exceptionnels ou un régime de participation comportant une base de calcul conduisant à un résultat plus favorable que la formule prévue à l'article L. 3324-1. »
- ⑪ II. – Les entreprises soumises à l'obligation prévue à l'article L. 3346-1 du code du travail dans lesquelles un accord d'intéressement ou de participation est applicable à la date de promulgation de la présente loi engageant, avant le 30 juin 2024, la négociation portant sur la définition d'une augmentation exceptionnelle de leur bénéfice et sur les modalités de partage de la valeur avec les salariés qui en découlent prévue à l'article L. 3346-1 du code du travail.

Article 6

- ① L'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du I, les mots : « de l'exonération prévue au V » sont remplacés par les mots : « des exonérations prévues aux V à VI *bis* » ;
- ③ 2° Le IV est ainsi modifié :
- ④ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Au titre d'une même année civile, deux primes de partage de la valeur peuvent être attribuées. » ;
- ⑥ b) Au dernier alinéa, après les mots : « de la prime », sont insérés les mots : « ou des deux primes » ;
- ⑦ 3° Le V est ainsi modifié :
- ⑧ a) Au premier alinéa, au début, les mots : « La prime » sont remplacés par les mots : « Les primes », le mot : « attribuée » est remplacé par le mot : « attribuées », les mots : « est exonérée » sont remplacés par les mots : « sont exonérées », après le mot : « limite », il est inséré le mot : « globale » et le mot : « son » est remplacé par le mot : « leur » ;
- ⑨ b) Au troisième alinéa, les mots : « de la prime » sont remplacés par les mots : « des primes » et, à la fin, les mots : « cette prime » sont remplacés par les mots : « ces primes » ;
- ⑩ 4° Le VI est ainsi modifié :

- 11 a) Au premier alinéa, les mots : « la prime » sont remplacés par les mots : « les primes », les mots : « est versée » sont remplacés par les mots : « sont versées », les mots : « cette prime, exonérée » sont remplacés par les mots : « ces primes, exonérées » et les mots : « est également exonérée » sont remplacés par les mots : « sont également exonérées » ;
- 12 b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- 13 5° Après le même VI, sont insérés des VI *bis* à VI *quater* ainsi rédigés :
- 14 « VI *bis*. – Lorsque, entre le 1^{er} janvier 2024 et le 31 décembre 2026, les primes de partage de la valeur sont versées par une entreprise employant moins de cinquante salariés à des salariés ayant perçu, au cours des douze mois précédant leur versement, une rémunération inférieure à trois fois la valeur annuelle du salaire minimum de croissance correspondant à la durée de travail prévue au contrat mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, ces primes, exonérées dans les conditions prévues au V du présent article, sont également exonérées d'impôt sur le revenu ainsi que des contributions prévues à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.
- 15 « VI *ter*. – Lorsqu'un bénéficiaire a adhéré à un plan d'épargne salariale prévu au titre III du livre III de la troisième partie du code du travail ou à un plan d'épargne retraite d'entreprise prévu à la section 2 du chapitre IV du titre II du livre II du code monétaire et financier et qu'il affecte à la réalisation de ce plan, dans un délai défini par décret, tout ou partie des sommes qui lui sont attribuées par l'entreprise au titre des primes de partage de la valeur versées dans les conditions prévues aux II à IV du présent article, ces sommes sont exonérées d'impôt sur le revenu dans les limites prévues au V.
- 16 « L'employeur informe le bénéficiaire des sommes qui lui sont attribuées au titre de ces primes et du délai dans lequel il peut formuler sa demande d'affectation au plan d'épargne salariale ou au plan d'épargne retraite d'entreprise.
- 17 « VI *quater*. – Les primes exonérées en application du premier alinéa du VI, du VI *bis* et du VI *ter* du présent article sont incluses dans le montant du revenu fiscal de référence défini au 1° du IV de l'article 1417 du code général des impôts. »

Article 7

- 1 I. – Le présent article est applicable aux employeurs mentionnés à l'article L. 3311-1 du code du travail ainsi qu'à leurs salariés ou à leurs agents.
- 2 II. – Un plan de partage de la valorisation de l'entreprise peut être mis en place dans les entreprises ainsi qu'au sein des groupes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 3344-1 et à l'article L. 3344-2 du code du travail pour une durée de trois ans. Les entreprises ne peuvent mettre en place qu'un seul plan sur une même période de trois ans.
- 3 III. – Tous les salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise bénéficient du plan de partage de la valorisation de l'entreprise.

- 4 Cette ancienneté, appréciée à la première date mentionnée au premier alinéa du VI, est calculée en prenant en compte tous les contrats de travail exécutés dans l'entreprise ou dans le groupe d'entreprises au cours des douze mois qui précèdent cette date.
- 5 Toutefois, une ancienneté inférieure à celle mentionnée au premier alinéa du présent III peut être prévue par l'accord mentionné au X.
- 6 Ne bénéficient pas de la prime de partage de la valorisation de l'entreprise les salariés qui, pendant la durée de trois ans du plan, atteignent l'ancienneté prévue au présent III ou quittent l'entreprise de manière définitive.
- 7 IV. – Le plan de partage de la valorisation de l'entreprise permet aux salariés de bénéficier d'une prime de partage de la valorisation de l'entreprise dans le cas où la valeur de l'entreprise a augmenté au cours des trois années suivant la première date mentionnée au premier alinéa du VI.
- 8 Pour chaque salarié, la prime de partage de la valorisation de l'entreprise résulte de l'application au montant de référence prévu au V du taux de variation de la valeur de l'entreprise, lorsque ce taux est positif. Lorsque ce taux est négatif ou nul, le salarié ne bénéficie d'aucune prime de partage de la valorisation.
- 9 V. – Un montant de référence est fixé pour chaque salarié en application de l'accord mentionné au X. Ce montant peut différer selon les salariés en fonction de la rémunération, du niveau de classification ou de la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.
- 10 VI. – Le taux de variation de la valeur de l'entreprise correspond au taux de variation constaté entre la valeur de l'entreprise déterminée à une date fixée par l'accord mentionné au X du présent article et la valeur de l'entreprise à l'expiration d'un délai de trois ans débutant le lendemain de cette date.
- 11 Pour les entreprises constituées sous la forme de sociétés dont les titres sont admis aux négociations sur un marché réglementé, la valeur de l'entreprise correspond à sa capitalisation boursière moyenne sur les trente derniers jours de bourse précédant chacune des deux dates mentionnées au premier alinéa du présent VI.
- 12 Pour les autres entreprises, la formule de valorisation de l'entreprise est déterminée par l'accord mentionné au X et est la même aux deux dates d'appréciation de la valeur de l'entreprise. Cette formule permet d'évaluer la valeur de l'entreprise en tenant compte, selon une pondération appropriée à chaque cas, de la situation nette comptable, de la rentabilité et des perspectives d'activité. Ces critères sont appréciés, le cas échéant, sur une base consolidée ou, à défaut, en tenant compte des éléments financiers issus des filiales significatives. Cette formule peut s'appuyer sur des comparaisons avec d'autres entreprises du même secteur. Si l'accord ne contient pas de formule de valorisation de l'entreprise ou si cette formule est impossible à appliquer, la valorisation de l'entreprise est égale au montant de l'actif net réévalué, calculé d'après le bilan le plus récent.

- 13 VII. – Le montant des primes distribuées à un même salarié ne peut, au titre d'un même exercice, excéder une somme égale aux trois quarts du montant annuel du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.
- 14 VIII. – Les sommes dues aux salariés au titre du plan de partage de la valorisation de l'entreprise sont arrêtées dans un délai de sept mois à compter de l'expiration du délai de trois ans prévu au premier alinéa du VI.
- 15 Le versement peut être réalisé en une ou plusieurs fois au cours des douze mois suivants.
- 16 IX. – Les sommes attribuées aux salariés en application d'un plan de partage de la valorisation de l'entreprise ne peuvent se substituer à aucun des éléments de rémunération pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, qui sont en vigueur dans l'entreprise au moment de la mise en place du plan mentionné au présent article ou qui deviennent obligatoires en application de règles légales, contractuelles ou d'usage, ni à un autre dispositif d'épargne salariale ou de partage de la valeur. Elles ne peuvent pas non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, par le contrat de travail ou par les usages en vigueur dans l'entreprise ou le groupe. Cette règle ne peut avoir effet de remettre en cause les exonérations fiscales et sociales prévues aux XII et XIII, dès lors qu'un délai de douze mois s'est écoulé entre le dernier versement de l'élément de rémunération en tout ou partie supprimé et la date de mise en place du plan.
- 17 Les sommes mentionnées au premier alinéa du présent IX n'ont pas le caractère d'élément de salaire pour l'application de la législation du travail.
- 18 X. – Le plan de partage de la valorisation de l'entreprise est mis en place par un accord, établi sur rapport spécial du commissaire aux comptes de l'entreprise ou, s'il n'en a pas été désigné, d'un commissaire aux comptes désigné à cet effet par l'organe compétent de l'entreprise ou du groupe, selon l'une des modalités suivantes :
- 19 1° Par une convention ou un accord collectif de travail ;
- 20 2° Par un accord entre l'employeur et les représentants d'organisations syndicales représentatives dans l'entreprise ;
- 21 3° Par un accord conclu au sein du comité social et économique ;
- 22 4° À la suite de la ratification, à la majorité des deux tiers du personnel, d'un projet d'accord proposé par l'employeur. Lorsqu'il existe dans l'entreprise une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ou un comité social et économique, la ratification est demandée conjointement par l'employeur et par une ou plusieurs de ces organisations ou ce comité.
- 23 XI. – L'accord mentionné au X définit notamment :
- 24 1° Le montant de référence auquel sera appliqué le taux de variation de la valeur de l'entreprise ;
- 25 2° Les éventuelles conditions de modulation du montant de référence entre les salariés ;
- 26 3° La formule de valorisation retenue pour les entreprises dont les titres ne sont pas admis aux négociations sur un marché réglementé ;
- 27 4° La date d'appréciation de la valeur de l'entreprise, mentionnée au premier alinéa du VI, qui constitue le point de départ de la durée de trois ans du plan et la date trois ans plus tard d'appréciation de la valeur de l'entreprise permettant de calculer le taux de variation mentionné au même VI ;
- 28 5° La ou les dates de versement de la prime.
- 29 L'accord peut prévoir la reconduction du plan et précise alors les éléments mentionnés aux 1° à 5° du présent XI pour la mise en œuvre de cette reconduction.
- 30 XII. – Lorsqu'un salarié a adhéré à un plan d'épargne salariale mentionné au titre III du livre III de la troisième partie du code du travail ou à un plan d'épargne retraite d'entreprise mentionné à la section 2 du chapitre IV du titre II du livre II du code monétaire et financier et qu'il affecte à la réalisation de ce plan, dans un délai défini par le décret mentionné au XV du présent article, tout ou partie des sommes qui lui sont attribuées par l'entreprise au titre du plan de partage de la valorisation de l'entreprise, ces sommes sont exonérées d'impôt sur le revenu dans la limite, par an et par bénéficiaire, de 5 % de la somme maximale prévue au VII.
- 31 L'employeur informe le salarié des sommes qui lui sont attribuées au titre de la prime de partage de la valorisation de l'entreprise et du délai dans lequel il peut formuler sa demande d'affectation au plan d'épargne salariale ou au plan d'épargne retraite d'entreprise.
- 32 XIII. – La prime mentionnée au IV et versée dans les conditions prévues au VIII est exonérée de toutes les cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle à la charge du salarié et de l'employeur, de la contribution prévue à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale ainsi que des cotisations et contributions prévues à l'article 235 *bis* du code général des impôts et à l'article L. 6131-1 du code du travail, dans leur rédaction en vigueur à la date de son versement.
- 33 La prime est soumise, à l'occasion de son versement, à une contribution au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités applicables à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du code de la sécurité sociale. Son taux est celui prévu au 2° du II du même article L. 137-13.
- 34 Le présent XIII est applicable aux primes versées au cours des exercices 2026 à 2028.
- 35 XIV. – Pour ouvrir droit aux exonérations fiscales et sociales mentionnées aux XII et XIII, l'accord mentionné au X est déposé auprès de l'autorité administrative compétente, dans des conditions déterminées par le décret mentionné au XV.
- 36 En l'absence d'observation de l'un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime à l'expiration d'un délai fixé par le décret mentionné au premier alinéa du présent XIV, les exonérations prévues au XIII sont réputées acquises.

- 37 XIV *bis* (nouveau). – Les plans de partage de la valorisation de l'entreprise ne font pas l'objet de la publication prévue à l'article L. 2231-5-1 du code du travail.
- 38 XV. – Un décret détermine les modalités d'application du présent article.
- 39 XVI. – Pour l'application du présent article à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les références au code de la sécurité sociale sont remplacées par les références aux dispositions applicables localement ayant le même objet.
- 40 XVII. – (*Supprimé*)

Article 8

- 1 I. – Le code du travail est ainsi modifié :
- 2 1° L'article L. 3332-3 est complété par les mots : « , de l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat et de l'article 7 de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise » ;
- 3 1° *bis* À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3332-11, après le mot : « entreprise », sont insérés les mots : « , de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat » ;
- 4 2° À l'article L. 3333-4, après les mots : « l'entreprise », sont insérés les mots : « de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, de la prime de partage de la valorisation de l'entreprise prévue à l'article 7 de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise, » ;
- 5 3° Au premier alinéa de l'article L. 3334-6, après le mot : « participation », sont insérés les mots : « , de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, de la prime de partage de la valorisation de l'entreprise prévue à l'article 7 de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise ».
- 6 II. – Le code monétaire et financier est ainsi modifié :
- 7 1° Au 2° de l'article L. 224-2, après les mots : « dudit livre III », sont insérés les mots : « de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat et de la prime de partage de la valorisation de l'entreprise prévue à l'article 7 de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise » ;
- 8 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 224-26, la première occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » et, après le mot : « participation », sont insérés les mots : « la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la

protection du pouvoir d'achat et la prime de partage de la valorisation de l'entreprise prévue à l'article 7 de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise, ».

TITRE III

SIMPLIFIER LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS DE PARTAGE DE LA VALEUR

Article 9 *bis*

- 1 Après l'article L. 3326-1 du code du travail, il est inséré un article L. 3326-1-1 ainsi rédigé :
- 2 « *Art. L. 3326-1-1.* – Lorsque la déclaration des résultats d'un exercice est rectifiée par l'administration ou par le juge de l'impôt, que la rectification donne lieu ou non à l'application de majorations, à des poursuites pénales ou à une convention judiciaire d'intérêt public, le montant de la participation des salariés au bénéfice de cet exercice fait l'objet d'un nouveau calcul tenant compte des rectifications apportées.
- 3 « Le montant de la réserve spéciale de participation est modifié en conséquence au cours de l'exercice pendant lequel les rectifications opérées par l'administration ou par le juge de l'impôt sont devenues définitives ou ont été formellement acceptées par l'entreprise. Ce montant est majoré d'un intérêt, dont le taux est égal au taux mentionné à l'article 14 de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et qui court à partir du premier jour du sixième mois de l'exercice qui suit celui au titre duquel les rectifications ont été opérées. »

Article 10 *bis* (Supprimé)

TITRE IV

DÉVELOPPER L'ACTIONNARIAT SALARIÉ

Article 13

- 1 Le code de commerce est ainsi modifié :
- 2 1° L'article L. 225-197-1 est ainsi modifié :
- 3 a) Le I est ainsi modifié :
- 4 – à la deuxième phrase du deuxième alinéa, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 15 % » ;
- 5 – à la troisième phrase du même deuxième alinéa, le taux : « 15 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;
- 6 – le troisième alinéa est ainsi rédigé :
- 7 « Les pourcentages prévus au deuxième alinéa sont portés à 30 % lorsque l'attribution d'actions gratuites bénéficie à des membres du personnel salarié de la société représentant au moins 25 % du total des salaires bruts pris en compte pour la détermination de

l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et versés lors du dernier exercice social et au moins 50 % du personnel salarié de cette société, et à 40 % lorsque cette attribution bénéficie à l'ensemble du personnel salarié de la société. Au-delà du pourcentage de 15 % ou de 20 %, l'écart entre le nombre d'actions distribuées à chaque salarié ne peut être supérieur à un rapport de un à cinq. » ;

- ⑧ *b)* Le II est ainsi modifié :
- ⑨ – le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, sont pris en compte, pour la détermination des seuils relatifs au total des salaires bruts et à l'effectif salarié mentionnés au troisième alinéa du I du présent article, les rémunérations brutes et le nombre de mandataires sociaux de la société émettrice. » ;
- ⑩ – après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « Les actions qui ne sont pas admises aux négociations sur un marché réglementé peuvent être attribuées au président du conseil d'administration, au directeur général, aux directeurs généraux délégués, au président, aux membres du directoire ou au gérant d'une entité liée au sens du 1° du I de l'article L. 225-197-2. » ;
- ⑫ – le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ne sont pris en compte dans ce pourcentage que les titres de la société détenus directement depuis moins de sept ans par un salarié ou un mandataire social. » ;
- ⑬ 2° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 225-197-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑭ « Dans les cas mentionnés aux 1° à 3° du présent I, pour une attribution gratuite dans les conditions prévues au troisième alinéa du I de l'article L. 225-197-1, sont pris en compte, pour la détermination des seuils relatifs au total des salaires bruts et à l'effectif salarié mentionné au même troisième alinéa, les rémunérations brutes et l'effectif de toutes les sociétés et groupements d'intérêt économique dont sont salariés les bénéficiaires du plan. » ;
- ⑮ 3° Le 2° du I de l'article L. 950-1 est ainsi modifié :
- ⑯ *a)* Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « Les articles L. 225-197-1 et L. 225-197-2 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise. » ;
- ⑱ *b)* Au treizième alinéa, la référence : « L. 225-197-1, » est supprimée.

Article 13 bis
(Supprimé)

Article 14

- ① I. – Le premier alinéa de l'article L. 3332-17 du code du travail est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

- ② « Le règlement du plan d'épargne d'entreprise prévoit qu'une partie des sommes recueillies peut être affectée, dans les limites prévues à l'article L. 214-164 du code monétaire et financier, à l'acquisition :
- ③ « *a)* De parts de fonds investis dans des entreprises solidaires d'utilité sociale, au sens de l'article L. 3332-17-1 du présent code ;
- ④ « *b)* De parts d'au moins un fonds labellisé ou d'un fonds nourricier d'un fonds labellisé au titre du financement de la transition énergétique et écologique ou de l'investissement socialement responsable. La liste des labels ainsi que, pour ceux qui sont créés par l'État, leurs critères et leurs modalités de délivrance sont précisés par décret. »
- ⑤ II. – Le code monétaire et financier est ainsi modifié :
- ⑥ 1° L'article L. 224-3 est ainsi modifié :
- ⑦ *a)* La seconde phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée : « Il est proposé au titulaire au moins une autre allocation d'actifs correspondant à un profil d'investissement différent, notamment, s'agissant des plans d'épargne retraite d'entreprise, une allocation permettant l'acquisition, dans les limites prévues à l'article L. 214-164 du présent code : » ;
- ⑧ *b)* Après le même troisième alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :
- ⑨ « 1° De parts de fonds investis dans des entreprises solidaires d'utilité sociale, au sens de l'article L. 3332-17-1 du code du travail ;
- ⑩ « 2° De parts d'au moins un fonds labellisé ou d'un fonds nourricier d'un fonds labellisé au titre du financement de la transition énergétique et écologique ou de l'investissement socialement responsable. La liste des labels ainsi que, pour ceux qui sont créés par l'État, leurs critères et leurs modalités de délivrance sont précisés par décret. » ;
- ⑪ *c)* Au dernier alinéa, les mots : « et quatrième » sont remplacés par les mots : « à sixième » ;
- ⑫ 2° Au dernier alinéa de l'article L. 224-3-1, les mots : « et quatrième » sont remplacés par les mots : « à sixième » ;
- ⑬ 3° Au premier alinéa des articles L. 224-10 et L. 224-30, les mots : « et quatrième » sont remplacés par les mots : « à sixième » ;
- ⑭ 4° Au 2° de l'article L. 224-22 et à la première phrase du V de l'article L. 224-40, les mots : « du troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « des troisième à cinquième alinéas ».
- ⑮ II *bis (nouveau)*. – Au 1° du IV de l'article L. 132-27-4 du code des assurances, les mots : « et quatrième » sont remplacés par les mots : « à sixième ».
- ⑯ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2024, à l'exception des 2° du II et II *bis*, qui entrent en vigueur le 24 octobre 2024.

Article 14 bis
(Supprimé)

Article 15

- ① Le code monétaire et financier est ainsi modifié :

② 1° Le sixième alinéa du I de l'article L. 214-164 est complété par une phrase ainsi rédigée : « La société de gestion justifie chaque année devant le conseil de surveillance sa politique d'engagement actionnarial et présente le compte rendu de la mise en œuvre de cette politique. » ;

③ 2° L'article L. 744-9 est ainsi modifié :

④ a) La dix-huitième ligne du tableau du second alinéa du I est ainsi rédigée :

⑤

«

L. 214-164	La loi n° ... du ...
------------	----------------------

» ;

⑥ b) Le 1° du II est abrogé.

Article 16 (Supprimé)

Mme la présidente. Sur les articles du texte élaboré par la commission mixte paritaire, je ne suis saisie d'aucun amendement.

Le vote est réservé.

Vote sur l'ensemble

Mme la présidente. Avant de mettre aux voix l'ensemble du projet de loi, dans la rédaction résultant du texte élaboré par la commission mixte paritaire, je vais donner la parole, pour explication de vote, à un représentant par groupe.

La parole est à Mme Guylène Pantel, pour le groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. (*Applaudissements sur les travées du groupe RDSE.*)

Mme Guylène Pantel. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, depuis la guerre en Ukraine, l'inflation a fortement affecté le pouvoir d'achat de nos concitoyens, fragilisant les plus précaires d'entre eux.

Si le Gouvernement a pris plusieurs initiatives conjoncturelles pour amortir la situation, il est temps d'apporter une réponse plus pérenne au problème de l'insuffisance des salaires, d'autant plus que les inégalités sociales avaient déjà commencé à se creuser au lendemain de la crise covid.

En effet, l'Insee a dévoilé, mardi dernier, les chiffres de la pauvreté et des inégalités en 2021. Le constat est sans appel : la moitié de la population la moins aisée a vu reculer son niveau de vie en euros constants, après une hausse en 2020.

Par conséquent, tous les leviers doivent être mobilisés pour améliorer les revenus du travail.

Le projet de loi de transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise en fait partie, même s'il ne constitue pas toute la solution à la politique des bas salaires.

Par exemple, je ne suis pas certaine que le texte réponde au problème des millions de travailleurs dont la rémunération reste collée au salaire minimum, en raison, notamment, des exonérations de charges sur les bas salaires.

Je n'ignore pas, monsieur le ministre, que le Smic a été revalorisé par trois fois en 2022 et par deux fois en 2023. Toutefois, le chemin est long pour de très nombreux salariés, qui peinent à se loger, à régler leurs factures domestiques, voire à nourrir leur famille.

En outre, comme j'ai eu l'occasion de le rappeler la semaine dernière, le chantier ouvert sur les conditions de travail doit être approfondi et la pénibilité véritablement reconnue et compensée.

Malgré cela, en première lecture, le RDSE a porté un regard bienveillant sur ce texte, qui a le mérite de poser quelques jalons pour un meilleur partage de la valeur au sein des petites et moyennes entreprises. Surtout – cela a été rappelé –, il est le fruit d'un dialogue social et du travail des organisations syndicales et patronales, qui ont conclu un accord national interprofessionnel, le 10 février 2023.

Comme j'ai déjà aussi eu l'occasion de le souligner, il est bénéfique de travailler avec les partenaires sociaux en amont du portage législatif.

Monsieur le ministre, nous pouvons nous féliciter de ce que la commission mixte paritaire soit revenue sur quelques égarements qui ont eu cours dans le cadre de la navette parlementaire, pour aboutir à un texte proche de l'accord national.

Sur le fond, le groupe RDSE n'a pas d'objection à faire quant aux dispositifs prévus, qui pourront globalement contribuer à intéresser les salariés à la valorisation de leur entreprise, que ce soit le développement de l'actionnariat salarié ou encore l'amélioration des outils d'épargne salariale.

L'important reste que ce cadre profite au plus grand nombre, car on sait que, pour l'instant, c'est au sein des grandes entreprises que la valeur est le plus souvent partagée. On observe en effet que, en 2020, l'accès à un dispositif de participation concernait seulement 3 % des effectifs des entreprises de moins de 9 salariés et 6 % de ceux des entreprises de 10 à 49 salariés.

Il convient aussi de garder à l'esprit que l'intérêt des outils de participation dépend des résultats de l'entreprise. Rien n'est jamais acquis, en dehors du salaire fixe.

Dans ces conditions, j'ajoute qu'il est fondamental que les dispositifs proposés ne se substituent pas aux potentielles augmentations de salaire. Nous sommes nombreux à avoir manifesté notre inquiétude sur ce sujet.

Je me réjouis que le principe de non-substitution soit devenu explicite dans la loi pour tous les dispositifs de participation. Ce garde-fou inscrit à l'article 2A sera-t-il suffisant ? Espérons que le projet de loi tiendra ses promesses.

Mes chers collègues, à l'issue de nos travaux, le texte reste en tout cas fidèle à l'accord négocié sur le partage de la valeur. En conséquence, les membres du RDSE confirment leur soutien au projet de loi.

Cependant, j'y insiste, ce texte ne doit pas être un solde de tout compte, mais doit au contraire marquer le début d'une vision plus sociale, plus équitable et plus solidaire du partage des richesses produites. (*Applaudissements sur les travées du groupe RDSE, ainsi qu'au banc des commissions.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour le groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

M. Xavier Iacovelli. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le travail qui nous conduit à nous réunir aujourd'hui a commencé le 10 février dernier autour d'une table, réunissant l'ensemble des partenaires sociaux du pays.

Sur l'invitation du Gouvernement, à l'issue des concertations, ces derniers sont parvenus à s'entendre sur un cap commun pour mieux partager la création de richesse dans l'entreprise. L'accord conclu a été signé par sept organisations syndicales et patronales sur huit. Nous avons rempli notre rôle, en tant que parlementaires, pour assurer la transposition exacte de cet accord dans la loi.

Je me félicite que, à l'issue de la commission mixte paritaire, nous ayons su garder l'essence de ce texte et renouer ainsi avec ce qui fait la singularité et la réussite d'une approche, à la française, de notre rapport au travail et à l'entreprise.

En effet, le général de Gaulle avait déjà posé les bases d'une politique sociale inédite, fondée sur le travail, notamment grâce à la mise en place de l'intéressement en 1959 et de la participation en 1967. Ce texte est en quelque sorte une nouvelle émanation de cette politique résolument moderne. Sa mise au point a été l'occasion de débattre de la place que nous accordons au travail dans nos vies et aux entreprises dans la société.

Ne cessant de se réinventer et de s'adapter, poussée par des salariés en quête de sens, l'entreprise ne se limite plus à sa seule définition économique. J'en veux pour preuve les entreprises qui se dotent d'une raison d'être et d'un rôle dans la résolution des défis sociaux et environnementaux de notre siècle.

C'est en prenant en compte cette nouvelle donne que le Gouvernement a poursuivi son action en faveur du travail, de l'emploi, de la rémunération et de la redistribution, dans un contexte d'inflation qui place le pouvoir d'achat au cœur des préoccupations de millions de nos compatriotes.

Je rappelle que, depuis 2017, le Gouvernement et la majorité présidentielle ont avancé pour mener des réformes visant à remettre le travail au centre et à assurer un meilleur partage de la valeur.

Je pense notamment à la loi Pacte de 2019, qui a permis de simplifier la conclusion d'accords d'intéressement et de participation dans les PME, en particulier dans les petites entreprises.

Plus récemment, en août 2022, grâce à la loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, le recours à l'intéressement a été facilité au sein des PME et une nouvelle prime de partage de la valeur a été créée, en remplacement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat. L'année dernière, plus de 5 millions de salariés ont pu bénéficier de cette prime, dont le montant peut atteindre 6 000 euros.

C'est pour aller plus loin encore que, en septembre 2022, le Gouvernement a invité les partenaires sociaux à engager une négociation nationale interprofessionnelle afin de trouver les voies d'une meilleure association des travailleurs à la richesse créée par l'entreprise.

Mes chers collègues, cet accord est bien la preuve que le dialogue social, même en France, peut être une réussite. Il est aussi la preuve de la bonne méthode employée par le Gouvernement et par vous, monsieur le ministre. Enfin, il est le signe que le Gouvernement comprend ce qui se joue dans le pays et sait comment y répondre.

Les conclusions de la commission mixte paritaire respectent les quatre axes définis dans l'accord : renforcer le dialogue social sur les classifications, faciliter la généralisation des dispositifs de partage de la valeur, simplifier leur mise en place et développer l'actionnariat salarié.

Leur mise en œuvre se traduit par des mesures concrètes afin que les dispositifs de partage de la valeur puissent s'appliquer dans toutes les entreprises, quelle que soit leur taille. Ainsi, les petites entreprises de 11 à 50 salariés devront désormais instaurer un dispositif de partage de la valeur dès lors qu'elles auront réalisé un bénéfice constant pendant trois années consécutives.

À cela s'ajoute une utilisation facilitée de la prime de partage de la valeur. Les entreprises pourront notamment accorder jusqu'à deux primes par an, au lieu d'une seule aujourd'hui, et le montant accordé pourra être versé sur un plan d'épargne salariale pour bénéficier d'une exonération fiscale.

Enfin, par cet accord entre les deux chambres du Parlement, nous avons satisfait la volonté que les Français ont directement exprimée de nous voir répondre à deux besoins urgents, celui de mieux armer les salariés face à l'inflation, en agissant sur leur pouvoir d'achat, et celui de leur fournir les moyens de s'investir davantage dans l'avenir de leur entreprise et de donner plus de poids et de valeur à leur travail.

Il s'agit aussi de permettre aux entreprises de fidéliser leurs salariés, de gagner en productivité et, ainsi, de mieux remplir leur mission dans la société.

Pour toutes ces raisons, les sénateurs du groupe RDPI voteront en faveur de ce texte. *(Applaudissements sur les travées du groupe RDSE, ainsi qu'au banc des commissions.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Monique Lubin, pour le groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Mme Monique Lubin. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, lors de nos débats sur le projet de loi de transposition de l'ANI relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise, nous nous sommes réjouis de constater que les partenaires sociaux avaient renoué avec leur rôle premier, celui de la négociation. Grâce à cet accord, ils ont acté un certain nombre d'avancées au profit des salariés pour favoriser le partage de la valeur dans l'entreprise.

Nous avons également exprimé nos réserves sur ce texte, rappelant qu'il témoigne d'un paritarisme qui s'exerce de manière de plus en plus contrainte dans notre pays. Ces réserves n'ont pas disparu. Elles sont liées aux conséquences de l'encadrement du dialogue social sur la rétribution du travail et sur les protections sociales qui l'accompagnent.

Si les partenaires sociaux parviennent par esprit de responsabilité à s'accorder autant que possible sur les sujets soumis à leur délibération, l'encadrement de leurs négociations a un effet dommageable sur les conclusions communes auxquelles ils aboutissent.

Les discussions dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 l'ont encore démontré, mardi dernier. En effet, lors de certains échanges, nous nous sommes opposés à un ministre dans le déni. Ce dernier a refusé de reconnaître l'intention du Gouvernement d'ouvrir la possibilité d'une ponction des réserves de l'Agirc-Arrco sans solliciter l'avis de cette structure.

À l'Assemblée nationale, ce choix avait suscité un tollé, forçant l'exécutif à reculer. Pour se justifier, outre la bonne santé de l'Agirc-Arrco, le Gouvernement avait invoqué la

signature de l'accord national interprofessionnel par les partenaires sociaux en octobre 2023. Celui-ci prévoyait en effet la revalorisation des pensions de 4,9 % au 1^{er} novembre pour les 13 millions de pensionnés du régime et accait la fin du malus temporaire mis en place par l'Agirc-Arrco pour consolider ses réserves.

Et c'est ainsi que l'exécutif pensait pouvoir inscrire dans la loi la possibilité de récupérer, sans concertation, dans les poches des salariés du privé, l'argent destiné à servir sa politique en matière de retraites.

Le protocole d'accord définissant les conditions d'indemnisation des chômeurs à compter du 1^{er} janvier 2024, établi le 10 novembre dernier par les partenaires sociaux, nous a également confortés dans notre inquiétude quant au sort réservé au paritarisme par l'exécutif.

Si, là aussi, nous nous réjouissons que le dialogue social fonctionne, nous n'oublions pas qu'une fois encore le Gouvernement a étroitement encadré les débats dans le document envoyé aux syndicats et au patronat, au début du mois d'août dernier.

Dans les négociations ainsi ouvertes, il n'était pas question de revenir sur les réformes imposées en 2019 et 2023 par le Gouvernement sur l'assurance chômage. Pour mémoire, ces réformes ont conduit au durcissement des conditions d'accès à l'assurance chômage et d'indemnisation des chômeurs.

Le projet d'accord annoncé vendredi dernier n'a d'ailleurs pas reçu l'aval de la CGT ni de la CFE-CGC, pour des raisons certes différentes.

Enfin, nous n'oublions pas que le Gouvernement a refusé d'accéder à la demande formulée depuis des mois par les syndicats de tenir une négociation sur les salaires.

La préférence de l'exécutif pour un certain type de partage de la valeur prive l'Unédic des rentrées financières nécessaires à la garantie des droits sociaux des travailleurs en matière d'assurance chômage.

J'observe d'ailleurs que cette structure, créée par les partenaires sociaux pour gérer le régime d'assurance chômage, est particulièrement maltraitée en ce moment. Les coups de boutoir portés par l'exécutif contre l'Unédic sont même signalés dans le projet d'accord définissant les conditions d'indemnisation des chômeurs à compter du 1^{er} janvier 2024, que j'ai déjà mentionné.

En effet, les partenaires sociaux s'y inquiètent de la volonté du Gouvernement de prélever 2 milliards d'euros dès 2023 sur les excédents de l'Unédic, puis 2,5 milliards d'euros de nouveau en 2024, à travers le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi de finances dont le Parlement débat en ce moment.

Ces fonds seraient destinés à financer les mesures d'accompagnement et de formation des chômeurs, ce qui pose une double difficulté, liée d'une part à une question de principe, d'autre part au souci pratique de se conformer à l'objectif de désendettement de l'Unédic.

Le réflexe qui consiste à assécher les réserves constituées par les travailleurs, en passant par-dessus la tête des partenaires sociaux, est une constante de la politique du Gouvernement. Cela dit beaucoup de cet exécutif et de la place qu'il donne à la valeur travail. Je le redirai jusqu'à ce que nous soyons entendus : cette valeur se jauge au niveau de la rémunération que l'on attribue au travail et aux protections sociales que celui-ci garantit.

Alors que nous subissons une hausse du taux de pauvreté en France, qui a progressé selon l'Insee pour s'établir en 2021 à 14,5 % de la population, nous aurions aimé que le Gouvernement écoute vraiment les partenaires sociaux et les laisse s'entendre sur la question des salaires.

Le groupe SER s'abstiendra sur ce texte. (*Applaudissements sur les travées des groupes GEST et CRCE-K.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Burgoa, pour le groupe Les Républicains. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Laurent Burgoa. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce projet de loi, comme chacun le sait, vise à transposer l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise, qui a été conclu en février dernier entre les syndicats et le patronat. L'objectif était de mieux associer les salariés aux performances des entreprises.

En commission des affaires sociales, souvenez-vous, nous avons modifié le texte en suivant deux principes : assurer une transposition fidèle de l'accord et transposer les seules stipulations qui nécessitaient une modification du code du travail.

Dans cette logique, nous avons supprimé certains articles, en considérant que le droit positif était amplement suffisant et, *a contrario*, nous avons adopté ceux dont les précisions nous semblaient utiles.

L'objectif, vous l'aurez compris, était non seulement de respecter le fruit d'un important dialogue social, mais aussi d'éviter d'alourdir davantage notre droit du travail.

C'est forts de notre attachement à ces principes que nous avons pris part à la commission mixte paritaire qui s'est réunie, hier, mercredi 15 novembre.

Le succès de ce type de commission nécessite toujours un certain doigté : il s'agit de ménager les susceptibilités des uns et des autres. Je voudrais, à cet instant, remercier notre rapporteure pour son travail. Elle a su faire valoir avec brio chacune des propositions débattues. N'oublions pas que plusieurs heures de négociation entre partenaires sociaux étaient en jeu.

Ainsi, chers collègues, c'est dans un esprit de compromis que nous ne nous sommes pas opposés à la volonté des députés d'inscrire dans la loi des dispositions auxquelles nous n'étions pas opposés sur le fond, mais qui, à notre sens et d'un point de vue juridique, ne méritaient simplement pas de figurer dans un texte.

Pour ne citer que cet exemple, il a certes été proposé d'adopter l'article 1^{er} dans la rédaction du Sénat, mais aussi de maintenir l'article 1^{er} *bis* introduit par l'Assemblée nationale, auquel nous n'étions absolument pas opposés sur le fond, mais qui ne nous paraissait pas utile, car les travaux demandés pouvaient être réalisés sans nouvelle mesure législative.

S'agissant du développement du partage de la valeur au sein des petites et moyennes entreprises à l'article 2, nous sommes parvenus à un accord qui permettra aux entreprises de moins de 50 salariés, à titre expérimental, de recourir à une formule de calcul de la participation dérogatoire lorsqu'elles mettent en place un dispositif de participation volontaire.

L'article 3, qui oblige les entreprises de 11 à 49 salariés réalisant durant trois exercices consécutifs un bénéfice d'au moins 1 % de leur chiffre d'affaires d'instituer un régime de participation ou d'intéressement, d'abonder un plan

d'épargne salariale ou de verser la prime de partage de la valeur, a lui aussi été adopté. Surtout, cette obligation entrera en vigueur à la date retenue par Sénat, la même que celle qui a été fixée par l'accord national interprofessionnel, c'est-à-dire le 1^{er} janvier 2025.

L'article 5, qui met en œuvre un nouveau dispositif de partage de la valeur en cas d'augmentation exceptionnelle du bénéfice net fiscal de l'entreprise, a également fait l'objet d'un accord entre nos deux chambres.

C'est également le cas de l'article 6, qui prévoit que la prime de partage de la valeur puisse être attribuée deux fois par année civile et que son montant puisse être affecté aux plans d'épargne salariale. Notons qu'il prolonge le régime temporaire d'exonération sociale et fiscale jusqu'à la fin de l'année 2026 pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Enfin, puisque mon temps de parole est, hélas, presque épuisé, permettez-moi de me réjouir de l'accord trouvé à l'article 14, qui permettra de renforcer l'offre de produits d'épargne finançant la transition énergétique et écologique ou encore l'investissement socialement responsable proposés aux salariés épargnants.

D'importantes modifications apportées par le Sénat ayant été retenues, vous comprendrez que le groupe Les Républicains votera en faveur du texte élaboré lors de cette réunion conclusive de la commission mixte paritaire. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, ainsi qu'au banc des commissions.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Bourcier, pour le groupe Les Indépendants – République et Territoires. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP.*)

Mme Corinne Bourcier. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous souhaitons remercier les rapporteurs de la commission mixte paritaire, les commissions des affaires sociales des deux assemblées et l'ensemble des parlementaires qui ont participé à l'élaboration de ce texte commun.

Après son examen par l'Assemblée nationale en juin 2023, ce projet de loi avait été adopté par le Sénat à une large majorité, ce dont nous nous étions alors félicités.

Nous pouvons donc nous réjouir aujourd'hui, puisque la commission mixte paritaire est parvenue à un accord intéressant. Il en résulte un texte juste et équilibré, qui changera de manière concrète le quotidien des salariés.

Ce projet de loi est le fruit d'un accord national interprofessionnel conclu entre la plupart des organisations représentatives le 10 février 2023.

En première lecture, notre groupe avait souligné l'importance des avancées permises par un dialogue social transparent et apaisé. C'est une très bonne nouvelle que les partenaires sociaux soient parvenus à cet accord qui contribuera à un meilleur partage des richesses créées, enjeu d'autant plus important en cette période où l'inflation reste élevée – même si elle ralentit.

Alors que cette tendance inflationniste exacerbe les inégalités et que le taux de pauvreté augmente, le pouvoir d'achat reste la première préoccupation des Français. Tous les leviers permettant de reverser et de partager la richesse produite sont bienvenus.

Les différents mécanismes de partage de la valeur existaient déjà pour les entreprises de plus de 50 salariés. Ce projet de loi va plus loin en mettant à la disposition des salariés des petites entreprises de nouveaux moyens leur permettant d'améliorer leur pouvoir d'achat.

En effet, ce texte ouvre un accès aux mécanismes de partage de la valeur aux entreprises de plus petite taille, qui devront mettre en œuvre l'un de ces dispositifs. Il conditionne l'application de ces mesures aux entreprises de 11 à 49 salariés ayant réalisé un bénéfice correspondant à au moins 1 % de leur chiffre d'affaires durant trois exercices consécutifs.

Il s'agit ainsi d'atténuer les écarts de rémunération entre salariés des petites et des grandes entreprises, mais aussi de mieux valoriser le travail.

Nous appelons en revanche les entreprises à ne pas utiliser ces dispositifs de partage de la valeur en lieu et place d'éventuelles hausses de salaire. Ces mesures ne doivent servir qu'à augmenter le pouvoir d'achat des salariés, un objectif que nous saluons.

Le présent projet de loi est avant tout un moyen d'impliquer davantage les salariés dans leur travail et de les associer étroitement aux profits de leur entreprise. Il va donc dans le bon sens. Les différentes mesures votées permettront aux salariés travaillant dans les entreprises de plus de 11 salariés de compléter leurs revenus.

Au nom du groupe Les Indépendants, j'accueille favorablement ce texte, qui est le fruit d'un dialogue social réussi. (*Applaudissements sur les travées du groupe INDEP, ainsi qu'au banc des commissions.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Henno, pour le groupe Union Centriste. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC, ainsi que sur des travées du groupe Les Républicains et au banc des commissions.*)

M. Olivier Henno. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, je souhaite tout d'abord saluer le travail de la commission des affaires sociales du Sénat, et remercier plus particulièrement notre rapporteure Frédérique Puissat pour son efficacité et son énergie.

Compte tenu de sa pugnacité, je préfère l'avoir comme partenaire que d'avoir à négocier avec elle... (*Sourires.*)

M. Olivier Dussopt, ministre. Vous avez raison !

M. Olivier Henno. C'est bien plus facile, n'est-ce pas, monsieur le ministre ? (*Nouveaux sourires.*)

M. Olivier Dussopt, ministre. Tout à fait !

M. Olivier Henno. La méthode retenue pour l'examen de ce projet de loi était respectueuse de l'accord signé par les trois organisations patronales et quatre des cinq organisations syndicales représentatives.

Le groupe Union Centriste salue la démarche engagée en vue de l'élaboration de ce texte technique, puisqu'il découle directement d'un accord national interprofessionnel (ANI) conclu par les partenaires sociaux. Nous pouvons en être fiers, car, depuis toujours, le Sénat est attaché au paritarisme.

Nous partageons l'analyse de M. le ministre et de Mme la rapporteure, ainsi que le compte rendu précis qu'ils viennent de faire des mesures que comporte cet accord.

Permettez-moi de revenir sur deux sujets qui me tiennent à cœur : l'intéressement et la participation, d'une part ; la démocratie sociale, d'autre part.

Nous avons eu le mérite, ici, au Sénat, de tenir le cap du respect du paritarisme, de cet accord national interprofessionnel. Cela a exigé de nous une forme de lâcher-prise – c'est vrai.

Sur le fond, nous sommes favorables à la participation et à l'intéressement, qui sont des dispositifs emblématiques du gaullisme social et de l'économie sociale de marché. Ce sont autant de convictions qui nous tiennent à cœur.

Cette réalité incarne une forme de modernité. D'ailleurs, s'il y avait davantage de dispositifs d'intéressement et de participation dans les entreprises, nous ne débattrions pas autant des superprofits, comme cela a encore été le cas hier ici même.

La problématique de la participation des salariés aux fruits de l'entreprise nous semble donc essentielle. Le mérite de cet accord national interprofessionnel est de pousser les petites et moyennes entreprises, et pas seulement les grandes et les très grandes, à s'emparer de cette question. C'est tout le défi de cet accord.

Je précise que le rôle du Parlement n'en est pas pour autant altéré : il aura en effet à vérifier et à évaluer l'application de cet accord, ce qui n'est pas rien.

S'agissant du paritarisme à proprement parler, je tiens à saluer votre action, monsieur le ministre. Je considère en effet que ce retour de la démocratie sociale est une bonne nouvelle. Vous n'êtes pas pour rien dans le retour de ce mode de gestion dans le cadre de la loi Larcher, lequel prend la forme aujourd'hui de cet accord sur le partage de la valeur et, peut-être demain, d'un accord sur l'assurance chômage ou l'emploi des seniors.

La démocratie sociale n'est pas l'ennemie de la démocratie parlementaire. Ce renouveau du paritarisme, des corps intermédiaires, de la démocratie locale n'induit pas l'effacement du Parlement.

Il a au contraire, selon nous, plusieurs vertus, dont celles de contribuer à l'apaisement de la société, de favoriser le compromis, dans la logique de ce que l'on appelle le modèle rhénan, d'encourager la refondation d'un rapport social qui ne serait pas seulement fondé sur la subordination, et de permettre, à la différence d'un pilotage vertical, une meilleure application sur le terrain. Le paritarisme est aussi l'antidote à une financiarisation de l'économie, dont on constate trop souvent l'essor.

Le rôle du Parlement, je l'ai dit, reste essentiel dans beaucoup de domaines, en particulier celui de l'évaluation et du suivi ; il est aussi le lieu de la confrontation politique des convictions.

Surtout, il revient au Parlement d'encadrer le dialogue social, auquel nous sommes, en tant que membres du groupe Union Centriste, très attachés. Il nous revient de veiller à la bonne application des différents points de cet accord avec les partenaires sociaux.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, nous voterons ce texte avec un enthousiasme que nous revendiquons ! *(Applaudissements sur les travées du groupe UC, ainsi que sur des travées des groupes Les Républicains, RDPI et INDEP et au banc des commissions.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour le groupe Écologiste – Solidarité et Territoires.

Mme Raymonde Poncet Monge. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, selon l'Insee, l'inflation s'élevait à 4 % en moyenne sur l'année. Celle-ci résulte, entre autres, de la hausse des prix alimentaires : en mars, cette augmentation a atteint 15,9 % sur un an ; pis, en septembre, selon le baromètre NielsenIQ, la France figurait parmi les moins bons élèves d'Europe occidentale avec une hausse de 9,5 % du prix de ses produits de grande consommation – seule la Belgique faisait moins bien.

Cette pression inflationniste frappe de plein fouet les ménages, dont les travailleurs pauvres, et accentue une dégradation bien plus ancienne du partage de la valeur.

De fait, depuis 1990, la part des salaires dans la valeur ajoutée brute des sociétés non financières a reculé de 5 points.

L'Institut de recherches économiques et sociales (Ires) pointe également une tendance de long terme : jusqu'en 2017, les salaires bruts réels ont accusé une baisse moyenne de 0,1 % par an. À partir de 2017, toujours selon l'Ires, en six ans à peine donc, on a constaté une rupture et un décrochage brutal des salaires réels bruts, qui accusent une baisse de 7 %.

En 2021, selon l'Insee, 9 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté, soit 545 000 de plus qu'en 2017. Travailler ne protège pas de la pauvreté. Ainsi, 25 % des ménages insérés sur le marché du travail sont en situation de pauvreté.

La France se singularise aussi par un taux inégalé de personnes en situation de privation matérielle et sociale : 14 % ! Dans son dernier rapport particulièrement documenté, le Secours catholique a estimé que la pauvreté s'étendait, s'aggravait et se féminisait.

Face à cette paupérisation, aggravée par vos politiques et réformes antisociales, face à la déflation salariale qui règne depuis quarante ans, et alors que la boucle prix-profit dope les taux de marge et les dividendes des grandes multinationales, la priorité était, monsieur le ministre, d'infléchir cette politique sociale et salariale et de prendre des mesures audacieuses.

D'abord, il aurait fallu ouvrir une conférence sociale sur les salaires pour enfin rééquilibrer le partage des richesses, car le réel partage de la valeur, le partage premier de la valeur, celui qui compte *in fine*, dépend de la part des salaires dans la richesse produite.

En guise de solution, ce texte fait la part belle à un dispositif de primes ponctuelles, potentiellement versées deux fois par an, qui prolonge celui de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat (Pepa), qui se voulait initialement « exceptionnelle », mais dont l'effet substitutif a déjà été évalué à près de 30 % par l'Insee. Il s'agit de fait d'une forme dégradée de dispositif de partage de la valeur, notamment par rapport aux mécanismes de participation.

Le Gouvernement prétend que ce texte est une reprise intégrale de l'ANI. C'est inexact, puisque certaines dispositions ont disparu quand d'autres ont été ajoutées.

Surtout, l'exécutif loue une négociation sociale qu'il a piétinée lors de la contre-réforme des retraites. Il oublie de préciser le cadre contraignant qu'il a lui-même posé et dans lequel ont dû se tenir les discussions entre partenaires sociaux, un cadre contraint, qui a certes été accepté par la suite par les parlementaires, mais que nous critiquons.

Ce cadre a conduit à un projet de loi encourageant les éléments de rémunération désocialisés et défiscalisés, asséchant les ressources de la protection sociale au moment où le Parlement discute d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale en deçà des besoins.

Le texte promeut en outre une prime désocialisée qui, par définition, prive le salarié de la part socialisée du salaire.

Si l'un des articles de l'ANI réaffirme le principe de non-substitution des salaires, le législateur n'en garantit pas l'effectivité – c'est pourtant son rôle –, et ce malgré la demande des organisations syndicales qui défendent une séparation des temps de négociation. L'un de nos amendements tendait à combler ce manque, mais il n'a pas été adopté.

On peut en revanche se réjouir que la commission mixte paritaire ait rétabli l'article, supprimé par le Sénat, prévoyant un bilan de l'action des branches en faveur de la promotion et de l'amélioration de la mixité des emplois.

Il faut aussi saluer le rétablissement de l'article 9 *bis*, que nous avons souhaité voir maintenu en première lecture, et qui garantit un nouveau calcul du montant de la participation des salariés en cas de rectification de la déclaration des résultats d'un exercice.

Mais force est de constater que ce texte est très loin de répondre aux enjeux, notamment celui d'une plus juste répartition des richesses.

En favorisant l'accès à certains dispositifs de partage de la valeur, on réduira certes – quoique à la marge – la concentration du recours à ces mécanismes par quelques salariés et dans quelques entreprises, mais on n'apportera aucune solution macroéconomique à la problématique du décrochage des salaires dans le partage de la valeur ajoutée.

En conséquence, le groupe Écologiste – Solidarité et Territoires s'abstiendra sur ce texte.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour le groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky. *(Mme Céline Brulin applaudit.)*

Mme Cathy Apourceau-Poly. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, le 17 avril 2023, Emmanuel Macron déclarait : « J'ai entendu dans les manifestations une opposition à la réforme des retraites, mais aussi une volonté de retrouver du sens dans son travail, d'en améliorer les conditions, d'avoir des carrières qui permettent de progresser dans la vie. [...] Ce nouveau pacte de la vie au travail sera construit dans les semaines et les mois qui viennent. »

À ce titre, le Gouvernement s'est empressé de transposer l'accord *a minima* signé entre les organisations patronales et les organisations syndicales sur le partage de la valeur au sein de l'entreprise.

Lors de nos débats en première lecture, tous nos amendements tendant à compléter, améliorer ou étendre cet accord ont été rejetés par la majorité sénatoriale et le Gouvernement. Il ne fallait voter que l'ANI, juste l'ANI et rien que l'ANI... Voilà les arguments que vous nous avez opposés tout au long de l'examen de ce texte.

La pression du patronat sur la majorité sénatoriale et le Gouvernement est tellement forte que même l'avancement d'une année – à 2024 – de l'obligation du partage de la valeur dans les PME réalisant des bénéfices a été retiré de la version finale de ce projet de loi.

Nous nous souviendrons de cette posture lorsque les négociations sur la nouvelle convention de l'assurance chômage s'achèveront. Elle équivaut à un dénigrement de notre droit constitutionnel d'amendement, et ce au nom du respect d'un texte signé par les organisations syndicales.

Hier, la commission mixte paritaire est parvenue à l'élaboration d'un texte commun. Il est temps d'en tirer les conclusions.

Malgré un projet de loi dont l'objet était de partager la valeur dans l'entreprise, le Gouvernement a réussi l'exploit de ne pas aborder une seule fois le sujet des salaires. Ces derniers sont pourtant, par essence, le résultat des rapports de force dans l'entreprise autour du partage de la richesse créée ; ils créent en outre, dans la durée, des droits permettant ensuite d'accéder à des prestations sociales. Le développement de l'épargne salariale, de l'actionnariat, des primes, de l'intéressement ne pourra jamais s'y substituer, d'autant que, nous le savons, les primes ne sont pas pérennes et qu'elles continuent de dépendre du bon vouloir des entreprises.

Nous l'avions dit en première lecture et je le répète : ces mécanismes ont un important effet de substitution aux salaires, puisqu'ils transforment des augmentations de salaire en primes et en intéressement ; ils engendrent de ce fait une perte de recettes pour la sécurité sociale, et une perte de droits pour les salariés.

C'est la raison pour laquelle, en préambule de l'accord national interprofessionnel, syndicats et patronat se sont accordés sur la phrase suivante : « Les partenaires sociaux réaffirment que le salaire doit rester la forme essentielle de la reconnaissance du travail fourni par les salariés et des compétences mises en œuvre à cet effet. »

Le salaire est le grand oublié de votre texte, monsieur le ministre, de ce texte sur le partage de la richesse créée dans les entreprises. Un véritable partage de la valeur passerait par l'indexation des salaires sur l'inflation, la revalorisation du Smic à 1 600 euros net par mois et la stricte application de l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Comme souvent, nous n'attendions rien des annonces du Président de la République, mais nous sommes tout de même déçus.

Pour l'ensemble de ces raisons, les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky voteront contre ce projet de loi. *(Mmes Céline Brulin et Raymonde Poncet Monge applaudissent.)*

Mme la présidente. Conformément à l'article 42, alinéa 12, du règlement, je mets aux voix, dans la rédaction résultant du texte élaboré par la commission mixte paritaire, l'ensemble du projet de loi portant transposition de l'accord national interprofessionnel relatif au partage de la valeur au sein de l'entreprise.

(Le projet de loi est adopté.)

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à onze heures vingt et une, est reprise à onze heures vingt-quatre.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2024 (projet n° 77, rapport n° 84, avis n° 80).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons, au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er} de la troisième partie, l'examen des amendements à l'article 20.

TROISIÈME PARTIE (SUITE)

Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2024

TITRE I^{ER} (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er} (suite)

POUR SUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS

Article 20 (suite)

- ① I. – À la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique, les mots : « peut être utilisée » sont remplacés par les mots : « ou le télésoin peuvent être utilisés ».
- ② I *bis* (nouveau). – L'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Au 16°, les mots : « quarante à quarante-cinq » sont remplacés par les mots : « quarante-cinq à cinquante » et les mots : « plus de soixante-dix » sont remplacés par les mots : « soixante à soixante-cinq ans et pour les personnes de soixante-dix à soixante-quinze » ;
- ④ 2° Au 24°, le mot : « vingt » est remplacé par le mot : « dix-huit ».
- ⑤ II. – La section 8 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-38-2 ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. L. 162-38-2. – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé définit :
- ⑦ « 1° La liste des professionnels qui peuvent réaliser les rendez-vous de prévention prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique ;
- ⑧ « 2° Le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention pratiqués et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ;

- ⑨ « 3° Les conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels, notamment les conditions dans lesquelles ces derniers sont autorisés à facturer des actes ou des prestations complémentaires à l'occasion de la réalisation du rendez-vous de prévention. »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

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

L'amendement n° 452 rectifié *ter* est présenté par MM. Milon, J.B. Blanc et Khalifé et Mme Petrus.

L'amendement n° 1137 rectifié est présenté par Mme Morin-Desailly, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Chauvet, Duffourg, Kern et Canévet, Mme Romagny, M. Levi, Mmes Vérien, Saint-Pé et Billon et MM. Menonville, Folliot, Delcros et Bleunven.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 379 rectifié *ter*.

Mme Chantal Deseyne. Le repérage tardif des déficiences auditives peut avoir de lourdes conséquences, en particulier parce qu'il est facteur d'isolement social.

Cet amendement vise à introduire un repérage des troubles de l'audition pour l'ensemble de la population au cours de chaque rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 452 rectifié *ter*.

M. Alain Milon. Si vous me le permettez, madame la présidente, je vais m'exprimer sur l'amendement n° 452 rectifié *ter*, ainsi que sur l'amendement n° 134 rectifié *sexies*, qui viendra en discussion dans quelques instants, car il s'agit en quelque sorte, dans les deux cas, d'établir une liste à la Prévert d'actes à accomplir lors des rendez-vous de prévention à différents âges clés.

Aujourd'hui, je regrette d'avoir déposé ces deux amendements. En effet, selon moi, cette liste pourrait engendrer une sorte de méfiance vis-à-vis des médecins, alors qu'ils doivent avant tout pouvoir faire leur travail. C'est pourquoi je les retire.

Mme la présidente. Les amendements n° 452 rectifié *ter* et 134 rectifié *sexies* sont retirés.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 1137 rectifié.

M. Olivier Henno. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Madame la ministre déléguée, mes chers collègues, je vous prie tout d'abord de bien vouloir excuser l'absence de notre rapporteure, Corinne Imbert, qui est retenue pour des raisons personnelles. Peut-être aurons-nous l'occasion de la revoir d'ici la fin de la journée. En attendant, j'assurerai l'intérim.

S'agissant de ces deux amendements identiques, je rappelle que les rendez-vous de prévention pourront être assurés par une diversité de professionnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens. Or tous ne sont pas compétents pour réaliser un dépistage des troubles de l'audition.

De plus, comme le ministre de la santé l'a indiqué hier, les rendez-vous de prévention ont vocation à s'adapter aux besoins propres de chaque individu. Aussi n'est-il pas forcément pertinent de systématiser la réalisation d'un acte précis.

Il n'est pas non plus pertinent de lister dans la loi tous les actes susceptibles d'être réalisés lors de ces rendez-vous, puisqu'ils relèvent de la seule compétence du médecin. Je rappelle d'ailleurs que le repérage des troubles auditifs n'a pas la même importance selon que le patient a 20 ans ou 65 ans.

Pour toutes ces raisons, la commission est défavorable à ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Comme l'a dit le ministre de la santé et de la prévention, et comme vient de le rappeler le président de la commission des affaires sociales, ces rendez-vous de prévention ont d'abord pour but de s'adapter à chaque patient, en plus de s'adapter à chaque âge de la vie.

Le risque, en précisant dans la loi les actes qui doivent être réalisés au cours de ces rendez-vous, serait d'en oublier.

Notre priorité est de laisser la main aux professionnels de santé, de les laisser, en fonction du patient concerné, de son âge, mais surtout de son état de santé, prendre les dispositions qu'ils jugent les plus adaptées.

Parce qu'il serait contre-productif, voire dangereux, d'introduire de telles précisions dans la loi, le Gouvernement est défavorable à ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour explication de vote.

Mme Chantal Deseyne. Je me suis peut-être un peu précipitée en déposant cet amendement. Il me semble en effet qu'il serait contre-productif d'établir une liste à la Prévert des actes à effectuer lors des rendez-vous de prévention. C'est pourquoi je retire mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 379 rectifié *ter* est retiré.

M. Olivier Henno. Je retire aussi le mien !

Mme la présidente. L'amendement n° 1137 rectifié est retiré.

Je suis saisie de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 69 rectifié *sexies* est présenté par MM. Bonhomme et Pellevat, Mmes Canayer et Demas, M. Frassa, Mme Micouveau, M. Klinger, Mme Drexler,

M. de Nicolaï, Mme Muller-Bronn, M. Bruyen, Mme Schalck, MM. Paumier et Brisson, Mme Berthet, MM. Sautarel, Genet et Pointereau, Mme Aeschlimann et M. Gremillet.

L'amendement n° 134 rectifié *sexies* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Lassarade et Petrus et M. Sol.

L'amendement n° 572 rectifié *ter* est présenté par MM. Chasseing, Guerriau, Verzelen et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy.

L'amendement n° 745 rectifié *bis* est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

La parole est à M. François Bonhomme, pour présenter l'amendement n° 69 rectifié *sexies*.

M. François Bonhomme. Cet amendement vise à introduire, dans le cadre des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie, un repérage des risques de diabète.

Chacun connaît la prévalence de cette maladie : 4,2 millions de personnes sont concernées, dont 97 % de malades souffrant d'un diabète de type 2, et traitées pour cette pathologie.

Santé publique France nous rappelle que près de 12 % des cas de diabète de type 2 ont été découverts à l'occasion de complications sévères ou aiguës, ce qui justifie en soi l'urgence de mettre en place une prévention efficace.

Ce repérage, préconisé par l'assurance maladie, permettra de diagnostiquer précocement le diabète et d'éviter les complications.

Grâce à lui, il sera possible d'engager des actions de sensibilisation, notamment à destination des plus jeunes, pour agir sur des facteurs sociaux et environnementaux de la survenue de cette pathologie, tels que la sédentarité ou les mauvaises habitudes alimentaires.

Le questionnaire dit Findrisc (*Finnish Diabetes Risk Score*) pourra être réalisé pendant le rendez-vous de prévention. Il permet, par des questions portant par exemple sur les antécédents familiaux ou sur les habitudes alimentaires, d'estimer le risque de diabète.

Sans doute, madame la ministre, allez-vous également répondre que vous ne voulez pas d'inventaire à la Prévert.

Toutefois, le diabète est la première maladie chronique. Elle est à l'origine de nombreuses complications et progresse chaque année. Aussi souhaiterais-je qu'une recommandation soit tout de même adressée d'une manière ou d'une autre aux médecins, qui peuvent orienter les patients concernés.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 572 rectifié *ter*.

M. Daniel Chasseing. Au cours des rendez-vous de prévention, des questionnaires pourront être soumis aux patients, qui seront aussi interrogés sur leurs antécédents familiaux.

La commission a justement veillé à préciser que ces rendez-vous de prévention devaient être organisés en coordination avec le médecin traitant, qui sera informé.

À mon sens, de tels amendements ne sont donc pas inutiles.

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 745 rectifié *bis*.

Mme Raymonde Poncet Monge. Sans répéter les propos de mes collègues, je veux insister sur la nécessité d'inclure ce dépistage, de façon explicite, dans le rendez-vous de prévention.

Selon Santé publique France, près de 12 % des cas de diabète de type 2 ont été détectés à l'occasion d'une complication médicale. Ce repérage préconisé par l'assurance maladie permettra de diagnostiquer précocement le diabète, afin d'éviter le passage en diabète de type 3 pour un patient sur trois.

Sans viser à l'exhaustivité en la matière, ce qui est bien entendu impossible, un tel dépistage doit être formellement inscrit dans le texte.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Pour les raisons invoquées à propos des amendements précédents, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

Mme la présidente. Monsieur Bonhomme, l'amendement n° 69 rectifié *sexies* est-il maintenu ?

M. François Bonhomme. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 69 rectifié *sexies* est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 572 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 572 rectifié *ter* est retiré.

Madame Raymonde Poncet Monge, l'amendement n° 745 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Raymonde Poncet Monge. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 745 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 250, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

I. – Au début de cet alinéa

Insérer les mots :

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

II. – Remplacer les mots :

de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique par les mots :

du même article

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Les rendez-vous de prévention ne seront pas des consultations médicalisées et pourront être réalisés par une diversité de professionnels de santé, comme je le disais tout à l'heure.

Ils ne seront pas intégrés, à proprement parler, au parcours de soins coordonnés, mais il importe que l'organisation de ces rendez-vous de prévention soit réalisée en coordination avec les médecins traitants, qui doivent d'ailleurs disposer d'une vision globale du parcours de l'utilisateur.

Le présent amendement vise à répondre à une recommandation du Haut Conseil de la santé publique, qui, dans un avis rendu en mars 2023, préconisait *a minima* une information du médecin traitant.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Si le bilan de prévention n'est pas effectué par le médecin traitant, qui reste la pierre angulaire de la prise en charge du patient, la transmission de ce bilan et, éventuellement, celle du plan de prévention qui lui est adossé par le professionnel qui le réalisera sont toutefois prévus. L'amendement est donc satisfait.

Par conséquent, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Monsieur le président de la commission, l'amendement n° 250 est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 250.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1291 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 1359 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Remplacer les mots :

et L. 162-16-1

par les mots :

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

La parole est à Mme la ministre déléguée, pour présenter l'amendement n° 1291.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Il s'agit de préciser que les centres de santé et les professionnels qui y travaillent pourront participer au déploiement des rendez-vous de prévention.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission, pour présenter l'amendement n° 1359.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1291 et 1359.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 180 rectifié *quater* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.-B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus, M. Sol et Mme Malet.

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

L'amendement n° 680 rectifié *bis* est présenté par Mme Gruny, M. Paccaud, Mme Jacques, MM. Reynaud, Genet et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Cuypers, Klinger, Chatillon et Darnaud, Mmes Ventalon, Primas et Estrosi Sassone et M. Sautarel.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 180 rectifié *quater*.

M. Alain Milon. Il s'agit d'inclure les masseurs-kinésithérapeutes, qui, par ailleurs, peuvent faire partie des centres de santé, parmi les professionnels de santé participant à ces visites obligatoires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 401 rectifié *quater*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 680 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 671 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1237, présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel,

Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Ouizille, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzone, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, de manière monoprofessionnelle ou en équipe pluriprofessionnelle,

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Dans le même esprit que les précédents, cet amendement vise à permettre à une équipe de soins pluriprofessionnelle – vous savez combien nous sommes attachés à l'exercice coordonné de la médecine – de réaliser des rendez-vous de prévention.

Une telle possibilité permettra, notamment au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), d'organiser des consultations plus complètes et plus longues. Ces rendez-vous de prévention devront conduire à des projets personnalisés de prévention, pouvant impliquer différents professionnels de santé – infirmiers, kinésithérapeutes, etc.

Le paiement pourrait être effectué sous la forme d'un forfait alloué pour ces rendez-vous de prévention.

Aujourd'hui, il est primordial de repenser l'exercice de la médecine. Nous avons déjà défendu cette position à l'occasion de l'examen d'une proposition de loi par le Sénat en décembre dernier, mais je saisis l'occasion qui m'est offerte de rappeler ma volonté de voir l'exercice isolé de la médecine se transformer en un exercice collectif et collaboratif.

Seule une organisation centrée sur le partage des tâches entre le médecin traitant et les autres personnels de santé, au travers de projets dûment établis par l'ensemble de l'équipe, permettra de dégager du temps médical – c'est ce qui nous manque aujourd'hui –, afin de favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Cette volonté est partagée par de nombreux médecins. L'Ordre national des médecins a d'ailleurs lui-même envisagé de rendre obligatoire dès 2027 l'exercice coordonné de la médecine.

Mme la présidente. L'amendement n° 509 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno, Houpert et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement, dont Mme Marie-Claude Lermytte est la première signataire, vise à inscrire dans la loi la possibilité de consulter un praticien dédié à la santé féminine lors d'un rendez-vous de prévention.

Élargir le périmètre aux gynécologues offrirait plus d'options aux patientes et faciliterait leur accès à un rendez-vous de prévention dédié à la gynécologie.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 510 rectifié est présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Watted et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno, Houpert et Gremillet.

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

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 510 rectifié.

M. Daniel Chasseing. Ces dispositions vont dans le même sens que celles de l'amendement précédent.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annick Billon, pour présenter l'amendement n° 1104 rectifié *ter*.

Mme Annick Billon. Dans les rapports *Femmes et ruralités* et *Santé des femmes au travail*, la délégation aux droits des femmes du Sénat insiste sur l'importance de systématiquement associer les sages-femmes au parcours de soins de chaque femme.

Selon une enquête menée en janvier 2022, une femme sur trois n'a pas consulté un professionnel de santé gynécologique depuis plus de deux ans. C'est un constat extrêmement alarmant.

Dans les territoires ruraux où la désertification médicale touche tout particulièrement les gynécologues, la santé des femmes n'est pas considérée comme une priorité. Les difficultés d'accès aux soins conduisent parfois ces dernières à renoncer au suivi gynécologique.

Dans nos travaux, nous avons souligné que le dynamisme très positif du réseau des sages-femmes pourrait combler certaines lacunes du maillage territorial des professionnels de santé. À ce titre, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) de juillet 2021 souligne l'intérêt de redonner une place prépondérante aux sages-femmes.

Les consultations de prévention aux âges clés de la vie, telles qu'elles ont été instituées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, marquent un tournant significatif dans la prise en charge de la santé des Français, en reconnaissant que les besoins de santé des femmes sont différents de ceux des hommes.

Pour autant, ces consultations ne permettent pas, à ce jour, de répondre pleinement aux besoins de santé des femmes.

Face à ce constat, le présent amendement vise à inscrire dans la loi la nécessité de prendre en compte les sages-femmes lors de l'établissement de la liste des praticiens dédiés à la santé des femmes pour un rendez-vous de prévention. Il s'agit simplement d'offrir aux patientes une garantie en la matière.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* En ce qui concerne les amendements identiques n° 180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater*, qui visent à étendre aux masseurs-kinésithérapeutes la possibilité de réaliser des rendez-vous de prévention, je rappelle que les masseurs-kinésithérapeutes sont notamment formés à la prise en charge d'activités physiques.

Ils entrent pleinement dans le champ de la prévention au titre de la prévention des maladies cardio-vasculaires. Ils interviennent également pour prévenir et prendre en charge des troubles musculo-squelettiques et contribuent à la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée.

La commission émet donc un avis favorable sur ces deux amendements.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 1237 défendu par Mme Poumirol, je comprends son objet et la motivation qui le sous-tend, mais la difficulté réside dans la rémunération de l'équipe et le risque d'augmentation du forfait.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

S'agissant de l'amendement n° 509 rectifié et des amendements identiques n° 510 rectifié et 1104 rectifié *ter*, qui ont pour objet à la fois les gynécologues et les sages-femmes, je rappelle que les premiers sont des médecins et que leur inscription est donc prévue. Quant aux sages-femmes, elles sont déjà inscrites sur la liste des professionnels qui peuvent intervenir dans le cadre de la prévention.

Ces amendements étant satisfaits, la commission sollicite leur retrait ; à défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée.* En ce qui concerne les amendements identiques n° 180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater*, tout comme nous ne souhaitons pas préciser dans la loi les actions réalisées par le professionnel de santé dans le cadre des bilans de prévention, nous ne voulons pas non plus inscrire dans la loi la liste des professionnels de santé qui interviendront dans le cadre de ces bilans. Celle-ci sera définie par voie réglementaire.

Pour l'instant, quatre professions ont été fléchées : les médecins, les infirmiers, les sages-femmes et les pharmaciens.

Je le répète, l'idée est de mettre en place ces bilans de prévention, puis d'évaluer leur déploiement effectué avec ces quatre professions de santé, qui couvrent un spectre assez large. Ainsi, nous pourrions décider s'il est nécessaire d'élargir le dispositif à d'autres professionnels.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur ces deux amendements identiques.

L'amendement n° 509 rectifié et les amendements identiques n° 510 rectifié et 1104 rectifié *ter* sont satisfaits. Le Gouvernement demande donc leur retrait ; à défaut, son avis serait défavorable.

Enfin, j'en viens à l'amendement n° 1237 défendu par Mme Poumirol. Les bilans en question pourront bien sûr être pratiqués au sein des lieux d'exercice pluriprofessionnel de la médecine, mais non par une équipe pluriprofessionnelle, en raison de la difficulté liée à la prise en charge d'un forfait concernant plusieurs acteurs.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annick Billon, pour explication de vote.

Mme Annick Billon. La commission et le Gouvernement ont émis sur l'amendement que j'ai défendu deux avis défavorables.

Pour ma part, je n'étais pas persuadée de l'inscription effective des sages-femmes sur la liste des personnes pouvant intervenir dans le cadre de la prévention.

M. le président de la commission a précisé qu'il n'y avait pas de problème et que l'amendement était satisfait. Madame la ministre, vous l'indiquez également. Toutefois, lorsque vous avez énuméré les professions concernées, les gynécologues ont été évoqués en tant que médecins, mais pas les sages-femmes.

Aussi, je souhaiterais simplement avoir la garantie que mon amendement est bien satisfait.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Parmi les amendements présentés, celui qui était défendu par Mme Poumirol me semblait le meilleur,...

Mme Émilienne Poumirol. Merci !

M. Alain Milon. ... car il y était question d'une équipe de soins monoprofessionnelle ou multiprofessionnelle.

Je ne vois pas la différence entre une équipe multiprofessionnelle et un centre de santé. C'est pourquoi je souhaiterais avoir quelques explications sur ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. S'agissant des centres de santé, l'amendement en quelque sorte rédactionnel que j'ai précédemment défendu avait pour objet d'inscrire dans la loi la possibilité, pour le médecin ou le professionnel de santé salarié d'un centre de santé, de participer à ces rendez-vous de prévention. En effet, la loi en vigueur ne le permettait pas, puisqu'elle avait trait aux maisons de santé pluriprofessionnelles, donc avec un paiement libéral. Il s'agissait donc d'élargir le champ des centres de santé.

Si j'ai bien compris, l'amendement défendu par Mme Poumirol visait à permettre la réalisation d'un même bilan de prévention par plusieurs professionnels dans le cadre d'un exercice collectif de la médecine. Nous serions alors dans le cadre d'un forfait entre plusieurs acteurs, ce qui n'est pas tout à fait la même chose que de rémunérer un seul professionnel qui a réalisé ce bilan dans une maison de santé pluriprofessionnelle, dans le cadre d'un centre de santé ou encore dans un cabinet. (*M. Bernard Jomier approuve.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, vous avez bien compris l'objet de mon amendement.

Il s'agissait de permettre la réalisation du bilan de santé par l'équipe dans son ensemble. Cela donnait droit à un forfait, qui rémunérait, par exemple, pour partie le kinésithérapeute, pour partie le médecin.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Puisque la référence aux sages-femmes et aux gynécologues est déjà prévue, je vais retirer l'amendement dont Mme Lermytte est la première signataire.

S'agissant de l'amendement n° 1237 de Mme Poumirol, il me semble compliqué d'effectuer des rendez-vous de prévention avec plusieurs professionnels au sein d'une maison de santé.

Je retire donc les amendements n° 509 et 510, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n° 509 et 510 sont retirés.

La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. L'amendement de notre collègue, Mme Poumirol, me semble très intéressant, et je suis quelque peu surprise par la réponse qui lui est adressée.

En effet, chacun plaide avec pertinence en faveur d'un exercice coordonné de la médecine et tente de faire avancer cette idée, particulièrement en matière de prévention, un domaine où cela se justifie encore davantage à mes yeux, sans pour autant que je sois moi-même une professionnelle.

On nous répond qu'il est actuellement impossible de rémunérer les différents acteurs qui interviendraient. Les outils nécessaires n'existent sans doute pas à l'heure actuelle, mais la question me semble tout de même intéressante à creuser ! En effet, l'organisation du financement des professionnels de santé, qui repose essentiellement, encore aujourd'hui, sur une tarification à l'acte, touche à ses limites.

La prévention recouvre des champs extrêmement larges. Or, plus ceux-ci pourront être conjugués, plus nous avançons en matière de prévention.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 180 rectifié *quater* et 401 rectifié *quater*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n° 1237 et 1104 rectifié *ter* n'ont plus d'objet.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 251 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 918 rectifié est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Alinéa 8

Remplacer la référence :

2°

par la référence :

a)

III. – Alinéa 9

Remplacer la référence :

3°

par la référence :

b)

La parole est à M. le président de la commission, pour présenter l'amendement n° 251.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Je le rappelle, les rendez-vous de prévention ont été créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Cette année, le Gouvernement propose d'en définir les règles essentielles par arrêté, évitant ainsi de passer par la négociation conventionnelle. Pourtant, il s'agit bien d'une nouvelle prestation, qui devrait s'inscrire dans le champ conventionnel. Rien ne justifie de s'exonérer de cette démarche.

Aussi, nous proposons de renvoyer la fixation des tarifs des rendez-vous de prévention, réalisée dans le cadre de la négociation conventionnelle, au 1^{er} janvier 2026 au plus tard, délai raisonnable et réaliste.

Le point qui vient d'être évoqué pourra justement être mis à l'ordre du jour. En effet, je partage l'avis de Mme Brulin, et la proposition de Mme Poumirol me semble bonne. Ce sera l'occasion de régler la difficulté financière qui se pose.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 918 rectifié.

Mme Céline Brulin. Précédemment, j'ai souscrit à l'idée qu'il n'y avait pas lieu d'inscrire dans la loi ce que les médecins et, plus largement les professionnels de santé, devaient faire pendant ces rendez-vous de prévention, car cela s'apparenterait à un inventaire à la Prévert.

De façon parallèle, il me semble que les modalités des rendez-vous de prévention ne peuvent être définies en dehors de la négociation conventionnelle avec les médecins, d'autant plus que de telles négociations ont échoué dans la période récente.

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

Mme Céline Brulin. Il me semble nécessaire d'adresser un signe et de faire entrer ces rendez-vous de prévention dans la négociation, moyennant – pourquoi pas ? – des augmentations tarifaires, puisque des revendications existent en la matière. Ce type de gestes nous permettrait de sortir d'un certain nombre de blocages que nous rencontrons aujourd'hui.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Ce sujet a été déjà évoqué hier par le ministre de la santé.

Tout d'abord, il n'existe pas de négociations conventionnelles pluriprofessionnelles.

Ensuite, nous souhaitons aller vite sur la mise en place de ces bilans de prévention. Or les négociations conventionnelles avec les quatre professions pour l'instant envisagées ne s'inscrivent pas dans la même temporalité.

Enfin, pour ces bilans de prévention, nous souhaitons disposer d'un tarif unique. Or le risque de la négociation conventionnelle est d'aboutir à un tarif qui ne soit pas le même pour toutes les professions.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, l'institution d'un forfait unique, qui devrait être discuté dans le cadre de la négociation conventionnelle et qui serait attribué à la MSP, quel que soit le lieu où le bilan est pratiqué, me paraît une idée intéressante.

Ma collègue Céline Brulin vient de rappeler combien ces négociations sont difficiles. Elles ont d'ailleurs échoué l'année dernière avec les médecins.

L'idée, qui devra être affinée, d'un paiement de la structure au forfait pour des actes réalisés en équipe, qui permettent, par le partage des tâches, de dégager du temps médical – c'est ce qui nous importe, alors que nous parlons sans cesse de la pénurie de médecins généralistes – me semble féconde.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 251 et 918 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 165 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.-B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

L'amendement n° 545 est présenté par Mme Romagny et les membres du groupe Union Centriste.

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

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 165 rectifié *bis*.

M. Alain Milon. Je reviens sur l'inventaire à la Prévert.

Si d'habitude les médecins pensent à dépister certaines maladies comme le diabète, il n'en va pas nécessairement de même du déficit visuel.

Il n'est donc pas inintéressant, dans l'esprit des propos précédemment tenus par Daniel Chasseing, que les problèmes de déficit visuel soient inclus au questionnaire fourni lors de ces visites.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny, pour présenter l'amendement n° 545.

Mme Anne-Sophie Romagny. L'amendement est strictement identique à celui qui a été défendu par M. Milon, et j'y associe l'ensemble des membres du groupe Union Centriste.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 570 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Lors des rendez-vous de prévention, les personnes concernées rencontreront des pharmaciens, des médecins, des infirmières ou encore des sages-femmes, et une coordination aura lieu ensuite avec le médecin traitant.

Pour ma part, néanmoins, je suis très dubitatif vis-à-vis de l'idée selon laquelle un patient viendrait consulter une équipe rassemblée dans une maison médicale pour ce bilan de prévention. J'avoue ne pas comprendre ce point.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Réaliser un bilan visuel est évidemment essentiel, mais il nous paraît difficile de l'inscrire dans la loi, car cela relève plutôt de la liberté du médecin.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces trois amendements identiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Ces bilans de prévention sont encore en cours de construction. Un socle de dépistages à mener sera défini, qui inclura évidemment le déficit visuel. Toutefois, n'inscrivons pas une liste dans la loi, pour ne pas nous enfermer et, surtout, pour ne rien oublier.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. Alain Milon. Je retire mon amendement !

Mme la présidente. L'amendement n° 165 rectifié *bis* est retiré.

Mme Anne-Sophie Romagny. Je retire également le mien !

Mme la présidente. L'amendement n° 545 est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 570 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 570 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1139 rectifié *ter*, présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing, Capus, Guerriau et Brault, Mmes Paoli-Gagin et L. Darcos et MM. Malhuret et Verzelen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Corinne Bourcier.

Mme Corinne Bourcier. Les rendez-vous de prévention aux âges clés, instaurés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2023, sont l'occasion de mettre en place un dépistage et une prévention des problèmes auditifs.

À l'âge de 25 ans, la prévention permet de sensibiliser à l'importance de la santé auditive, afin de prendre toutes les mesures pour préserver l'audition du patient et de réduire les complications liées au vieillissement.

La consultation à l'âge de 45 ans ou 50 ans représente le moment idéal pour entreprendre un dépistage précoce des troubles auditifs.

Enfin, à partir de 65 ans, plus de 65 % des individus sont touchés par ces mêmes problèmes auditifs, selon les données de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette tranche de la population est la plus vulnérable et requiert davantage de soins pour faire face à cette pathologie.

Cet amendement vise donc à intégrer dans les rendez-vous aux âges clés un dépistage et la prévention des surdités.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Pour les mêmes raisons que précédemment, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1139 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20, modifié.

(L'article 20 est adopté.)

Après l'article 20

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les quatre premiers sont identiques.

L'amendement n° 1056 rectifié est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 1142 rectifié *ter* est présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing, Capus et Guerriau, Mmes Paoli-Gagin et L. Darcos et MM. Brault, Malhuret et Verzelen.

L'amendement n° 1158 rectifié est présenté par MM. Pellevat, Bouchet et D. Laurent, Mme Dumont, MM. Tabarot et Bonhomme, Mme Josende, M. Reynaud, Mme M. Mercier, M. Panunzi, Mmes Malet et Petrus, M. Brisson, Mmes Canayer et Belhiti et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

L'amendement n° 1353 rectifié *bis* est présenté par le Gouvernement.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à M. Ahmed Laouedj, pour présenter l'amendement n° 1056 rectifié.

M. Ahmed Laouedj. La promotion de l'activité physique et sportive a été déclarée grande cause nationale pour 2024 par le Président de la République.

Dans ce cadre prometteur, les auteurs de cet amendement réitérent une demande répétée des acteurs du secteur du soin et des parlementaires : permettre un financement public de l'activité physique adaptée.

En effet, les bénéfices de l'activité physique sur la santé ne sont plus à démontrer, notamment dans le cas des maladies chroniques et particulièrement des cancers. L'Institut national du cancer préconise d'ailleurs l'intégration de la pratique physique dans le panier de soins oncologique de support.

Les conditions de prescription et de réalisation d'un programme d'activité physique adaptée (APA) ont été définies en 2022 par la Haute Autorité de santé (HAS). Il ne manquait plus qu'un engagement financier de l'État, très attendu.

Nous proposons donc ici une expérimentation, sur deux ans, de la prise en charge financière par le fonds d'intervention régional des agences régionales de santé de programmes d'activités physiques adaptées pour les patients traités pour un cancer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Bourcier, pour présenter l'amendement n° 1142 rectifié *ter*.

Mme Corinne Bourcier. Le cancer est désormais la première cause de mortalité prématurée en France, devant les maladies cardiovasculaires. Dans notre pays, près de 4 millions de personnes vivent aujourd'hui avec un cancer et plus de 430 000 nouveaux cancers sont diagnostiqués tous les ans.

Or, de nombreux travaux l'ont démontré, l'activité physique permet de réduire les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer. Aussi l'Institut national du cancer (INCa) souhaite-t-il que la pratique physique figure dans le panier de soins.

S'il est possible de prescrire des programmes d'APA, ces derniers ne sont pas pris en charge. Il s'agit là d'un véritable frein au déploiement de l'APA.

L'expérimentation que nous proposons permettra de prendre en charge, grâce au fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS), des programmes d'activité physique adaptée pour les patients traités pour un cancer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Viviane Malet, pour présenter l'amendement n° 1158 rectifié.

Mme Viviane Malet. Cet amendement de M. Pellevat vise lui aussi à expérimenter, grâce à l'appui du FIR, la prise en charge de programmes d'activité physique adaptée pour les patients traités pour un cancer.

En effet, les bienfaits de l'activité physique sont prouvés scientifiquement, au titre de la prévention primaire – ils réduisent les risques liés à la sédentarité – comme de la prévention secondaire – ils permettent d'améliorer un état de santé dégradé.

La pratique du sport adapté limite la fatigue provoquée par les traitements contre le cancer. Elle peut même la résorber de 30 %. Elle permet également de réduire les risques de récurrence ou de seconde localisation. Dans le cas du cancer du sein, ces risques reculent ainsi de 24 %.

Aussi proposons-nous une nouvelle expérimentation, incluant cette fois les personnes actuellement traitées pour un cancer.

Un décret fixera les limites de ladite expérimentation, qui, pour être réellement efficace, devra associer l'ensemble des parties prenantes. Je pense en particulier à la Ligue contre le cancer, qui s'est fortement mobilisée en faveur du remboursement de l'APA.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre déléguée, pour présenter l'amendement n° 1353 rectifié *bis*.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Mesdames, messieurs les sénateurs, pour l'année 2024, qui sera marquée en France par la tenue des jeux Olympiques et Paralympiques, l'activité physique et sportive a été décrétée grande cause nationale par le Président de la République.

Comme le Gouvernement tout entier, le ministère de la santé et de la prévention et le ministère des sports entendent bien soutenir et accompagner le déploiement de l'activité physique et sportive, en commençant par l'activité physique adaptée.

Je relève à mon tour le rôle que joue l'APA pour la prévention de nombreuses maladies chroniques, comme le diabète ou le cancer. Ses effets bénéfiques ne sont plus à prouver, qu'il s'agisse de la réduction des complications ou de l'amélioration de la qualité de vie des patients.

L'activité physique adaptée est une pratique thérapeutique. En ce sens, elle est encadrée par des professionnels de santé ou, à tout le moins, par des professionnels formés.

Sa place comme thérapeutique non médicamenteuse a été réaffirmée à plusieurs reprises, notamment par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, relatif à la mise en œuvre d'un parcours de soins après le traitement d'un cancer incluant l'activité physique.

Dans le prolongement de ces dispositions, plusieurs amendements tendent à expérimenter la prise en charge de l'activité physique adaptée par les personnes atteintes d'un cancer, *via* le financement du FIR.

Cette expérimentation permettra de coconstruire un parcours adapté pour les publics ciblés, en cohérence avec les mesures précédemment citées.

L'article 22, que nous examinerons dans quelques instants, fait quant à lui entrer dans le droit commun un certain nombre d'expérimentations probantes de l'article 51. Il permettra d'élargir l'accès à des prestations d'activité physique à des fins d'appui thérapeutique, dans le cadre de parcours de santé, et de solvabiliser leur prise en charge par l'assurance maladie.

Cette prise en charge devra concerner, dans le courant de l'année 2024, les personnes ayant besoin d'une rééducation cardiaque ou respiratoire.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement invite la Haute Assemblée à voter ces quatre amendements identiques. (*Mme Corinne Bourcier applaudit.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1241, présenté par Mme Le Houerou, MM. Jomier et Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Ces dispositions ne sont certes pas identiques aux précédentes, mais elles en sont très proches. En effet, afin d'échapper au couperet de l'article 40 de la Constitution, nous demandons non pas une expérimentation, mais un rapport au Gouvernement.

Nous sommes évidemment convaincus des bienfaits de l'activité physique adaptée, qu'il s'agisse de la prévention primaire ou de la prévention secondaire : ce sujet fait sans doute même l'unanimité sur les travées de cet hémicycle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. La commission est naturellement très favorable au développement de l'activité physique adaptée.

Toutefois, madame la ministre, je me dois de déplorer un certain manque de méthode de la part de l'exécutif. Le Président de la République a exprimé ses ambitions en la matière. Une expérimentation a bien été mise en œuvre, mais elle reste d'une portée limitée ; dans le même temps, d'autres initiatives de l'article 51 sont pérennisées...

Nous manquons bien d'une vision globale ; M. Milon dressait d'ailleurs le même constat au sujet des financements. (*M. Alain Milon acquiesce.*)

Nous avons souligné, hier, la nécessité de déployer une vaste politique de prévention s'appuyant sur différentes sources de financements. Le Gouvernement aurait pu saisir cette occasion pour clarifier sa position et traiter la question de l'activité physique adaptée dans son ensemble.

Quoi qu'il en soit, la commission émet un avis favorable sur les amendements identiques n°s 1056 rectifié, 1142 rectifié *ter*, 1158 rectifié et 1353 rectifié *bis*.

En revanche, elle est défavorable à l'amendement n° 1241, qui tend à demander un rapport au Gouvernement. Par définition, l'expérimentation menée fera d'ailleurs l'objet d'un rapport d'évaluation !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 1241 ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Nous sommes défavorables à cette demande de rapport.

Les bienfaits de l'activité physique adaptée ne font aujourd'hui aucun doute : c'est précisément pourquoi le Gouvernement et plusieurs sénateurs ont déposé des amendements tendant à développer cette pratique.

Monsieur le président de la commission, je vous rappelle que l'article 22 porte sur la prise en charge globale, assurée par plusieurs professionnels. Après évaluation des expérimentations de l'article 51, il verse un certain nombre de dispositifs dans le droit commun. Mais, en l'occurrence, nous proposons une prise en charge de la seule activité physique adaptée : nous ne sommes pas tout à fait dans le même cadre.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. L'activité physique ne peut évidemment que favoriser la guérison des patients, qu'ils souffrent d'un cancer, d'une maladie cardiaque, de diabète, d'hypertension artérielle ou encore d'arthrose.

Madame la ministre, vous avez également parlé de prévention : certaines formes d'activité physique pourraient ainsi être prises en charge par la sécurité sociale au titre du FIR. Cela étant, il s'agit là d'une enveloppe fermée : au détriment de quelles actions cet effort sera-t-il déployé ?

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Au début de cette année, nous avions déjà déposé des amendements ayant pour objet l'activité physique adaptée.

Nous souhaitons notamment définir la responsabilité des kinésithérapeutes, en précisant leur éventuel droit à la prescrire, et traiter le cas des étudiants en sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), dont certains optent pour une qualification spéciale « activité physique adaptée ».

François Braun, alors ministre de la santé, nous avait priés de retirer ces amendements, en nous assurant qu'il avait demandé un rapport sur ce sujet et qu'il nous présenterait, dans quelques mois, un dispositif complet et cohérent.

Madame la ministre, ce rapport a-t-il été remis ? Et quand le Gouvernement va-t-il nous soumettre le dispositif dont il s'agit ? Nous n'aurons dès lors plus à déposer de tels amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Monsieur Milon, en érigeant l'activité physique et sportive en grande cause nationale, nous entendons nous remettre collectivement en mouvement, ni plus ni moins.

L'activité physique adaptée relève de la prise en charge non médicamenteuse, certes, mais bel et bien thérapeutique. Elle peut être renouvelée par un kinésithérapeute, mais la prescription initiale doit être assurée par un médecin. Elle est indiquée dans le cas de pathologies comme le diabète ou le cancer.

Aujourd'hui, notamment *via* l'article 22, nous souhaitons faire entrer dans le droit commun un certain nombre de dispositifs expérimentaux. Je pense notamment à la prise en charge globale, incluant l'activité physique adaptée, d'un certain nombre de pathologies comme le cancer, les maladies cardiovasculaires et les affections respiratoires.

Si ces forfaits couvrent l'intervention de plusieurs acteurs, c'est bien parce qu'ils correspondent à une prise en charge globale, laquelle peut inclure non seulement de l'activité physique adaptée, mais aussi le suivi par un diététicien ou encore une réadaptation respiratoire.

Il s'agit donc bien de deux dispositifs différents. Si, au travers de l'article 22, nous souhaitons verser dans le droit commun certaines expérimentations de l'article 51, c'est parce que leur efficacité est prouvée. Quant aux bienfaits de l'activité physique adaptée, ils ne sont plus à démontrer, notamment pour les personnes atteintes d'un cancer.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1056 rectifié, 1142 rectifié *ter*, 1158 rectifié et 1353 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 20, et l'amendement n° 1241 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 493 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Chevalier et Brault, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Henno, Houpert et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Corinne Bourcier.

Mme Corinne Bourcier. Le présent amendement vise à autoriser l'expérimentation du dépistage prénatal du cytomégalovirus (CMV) de manière systématique et précoce.

Mes chers collègues, cette infection peut présenter un risque majeur de transmission foetale durant la grossesse.

Le CMV est un virus ubiquitaire contre lequel il n'existe pas de vaccin. Les infections surviennent à tout âge, mais particulièrement dans la toute petite enfance.

La séroprévalence de l'infection à CMV dans l'ensemble de la population varie de 40 % à 100 % selon les pays. En France métropolitaine, près de la moitié des femmes en âge de procréer ont été infectées par le CMV.

La moitié des nouveau-nés souffrant d'une infection congénitale à CMV sont nés de mères déjà positives au CMV avant la grossesse : il s'agit de l'infection maternofoetale la plus fréquente et de la principale source de handicaps neurosensoriels.

En diagnostiquant cette infection précocement, l'on peut pourtant prévenir la transmission du CMV de la mère à son fœtus et, ce faisant, éviter près de 80 % des handicaps induits.

Aussi, nous demandons au Gouvernement un rapport tendant à évaluer la pertinence du dépistage systématique et précoce de l'infection maternofoetale à CMV.

Ce travail s'attachera particulièrement à évaluer les freins à la recherche médicale en la matière. Il identifiera les mesures de communication nécessaires pour que les femmes enceintes, ou ayant un projet de grossesse, disposent systématiquement des informations relatives aux risques d'une infection à CMV et pour qu'elles connaissent les mesures d'hygiène à adopter à titre préventif.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Ma chère collègue, le dépistage systématique de cette infection est déjà prévu à l'article 20 *ter*. Dès lors, cette demande de rapport n'est pas nécessaire. Le cas échéant, la campagne de vaccination fera l'objet d'une évaluation.

La commission émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Madame la sénatrice, votre demande sera bel et bien satisfaite par l'adoption de l'article 20 *ter*.

Je précise que le Gouvernement mettra en œuvre le dépistage du cytomégalovirus après avis de la HAS.

Aussi, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Bourcier, l'amendement n° 493 rectifié est-il maintenu ?

Mme Corinne Bourcier. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 493 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1219 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Ouizille et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazay, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

Ce rapport évalue notamment la nécessité d'élargir la liste des cancers reconnus comme maladies professionnelles chez les sapeurs-pompiers et la nécessité d'instaurer un suivi médical coordonné des sapeurs-pompiers.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Mes chers collègues, j'appelle votre attention sur un sujet complètement différent du précédent, mais qui me tient particulièrement à cœur : il s'agit des risques de cancers professionnels auxquels sont exposés les sapeurs-pompiers, qu'ils soient professionnels ou volontaires.

Dans une enquête inédite, l'équipe de journalistes d'investigation de l'émission *Vert de rage* vient de mettre en lumière les risques de l'exposition professionnelle des sapeurs-pompiers aux fumées d'incendies et plus particulièrement aux retardateurs de flammes. Tous les pompiers français sont exposés à ces substances reprotoxiques et cancérigènes reconnues, à des niveaux tels qu'il faut s'interroger sur la part de ces dernières dans l'exposition professionnelle des soldats du feu.

L'alerte avait été lancée dès 2003 : un rapport remis au ministre de l'intérieur de l'époque, Nicolas Sarkozy, concluait à la nécessité d'instaurer une véritable veille sanitaire des sapeurs-pompiers, afin d'élaborer une politique de prévention. Mais, vingt ans plus tard, aucune étude épidémiologique n'a été mise en œuvre.

En juin 2022, le Centre international de recherche sur le cancer (Circ) a publié une étude démontrant qu'il existait suffisamment de preuves chez l'homme pour établir la cancérogénicité de l'exposition professionnelle des pompiers.

Ladite étude a établi un lien entre l'exposition professionnelle des pompiers, d'une part, et, de l'autre, le mésothéliome et le cancer de la vessie. Il a aussi révélé des associations positives, notamment avec les cancers du côlon, de la prostate et des testicules.

Or, aujourd'hui en France, un seul un type de cancer est reconnu comme lié à l'exposition des pompiers à la fumée des incendies – il s'agit du carcinome du nasopharynx –, contre vingt-huit cancers aux États-Unis, dix-neuf au Canada et douze en Australie. Comment justifier de tels écarts ? Les pompiers français sont exposés aux mêmes risques que leurs homologues étrangers.

Face à ce problème, nous en sommes réduits à formuler une demande de rapport. Mais il nous semble particulièrement important que le ministère de la santé lance une telle étude épidémiologique,...

Mme la présidente. Veuillez conclure, ma chère collègue !

Mme Émilienne Poumirol. ... en vue de la reconnaissance d'un certain nombre de cancers professionnels chez les sapeurs-pompiers.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cette demande de rapport recevra par définition un avis défavorable.

Cela étant, je remercie Mme Poumirol de mettre l'accent sur cette question de la plus haute importance. Les professionnels eux-mêmes nous ont fait part de leurs inquiétudes à cet égard ; ils attendent la reconnaissance d'un certain nombre de maladies professionnelles.

Madame la ministre, pour notre part, nous souhaitons vous entendre sur ce sujet.

La commission émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Madame Poumirol, je tiens à rappeler que le Gouvernement agit dès à présent pour protéger la santé des sapeurs-pompiers.

Le ministère de l'intérieur, dont ces professionnels relèvent, a ainsi lancé, à la fin de l'année 2018, un plan triennal sur la santé, la sécurité et la qualité de vie en service des sapeurs-pompiers. Ce travail a été complété par la mise en œuvre d'un suivi médical post-professionnel au sein des services départementaux d'incendie et de secours (Sdis).

En outre, la réglementation relative aux risques chimiques contient diverses mesures de prévention et de protection pour un certain nombre de travailleurs, dont les pompiers.

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), auxquels les pompiers peuvent être exposés en cas d'incendie, ont par exemple été reconnus comme cancérigènes par l'arrêté du 26 octobre 2020 fixant la liste des substances, mélanges et procédés cancérigènes au sens du code du travail. À ce titre, ledit code précise diverses mesures de prévention.

À mon tour, je vous remercie d'avoir mis en avant le cas des sapeurs-pompiers, qui œuvrent pour nous au quotidien et méritent bien sûr toute notre reconnaissance.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, il va sans dire que nous saluons tous l'engagement d'Émilienne Poumirol ! Mais ce que nous vous demandons, c'est de prendre enfin ce problème au sérieux.

Comment se fait-il qu'un seul cancer soit reconnu, en France, comme maladie professionnelle des sapeurs-pompiers, au mépris de maintes études épidémiologiques ? Dans d'autres pays, ce sont quinze ou vingt pathologies qui sont reconnues à ce titre.

Pardonnez-moi de remonter une fois de plus en arrière, mais, même si nous avons connu cinq ministres de la santé en sept ans, nous sommes censés pouvoir compter sur la continuité de l'État...

En son temps, Agnès Buzyn nous avait certifié que le tableau des maladies professionnelles serait révisé et que ce travail était lancé. Il a certes été accompli pour quelques pathologies, mais la refonte globale n'a pas été menée à bien. Nous sommes face à un exemple flagrant d'absence de suivi, alors même que cette question n'est pas spécialement complexe.

J'ajoute que la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est chroniquement excédentaire.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. C'est vrai !

M. Bernard Jomier. Chaque année, le Gouvernement prélève ses excédents pour colmater les comptes d'une autre branche ; et, chaque année, il remet à plus tard le déploiement d'une véritable politique en la matière.

À cet égard, la situation des sapeurs-pompiers est proprement scandaleuse. Donnons-nous rendez-vous l'année prochaine pour le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

D'ici là, j'espère que le Gouvernement sera intervenu et qu'il nous présentera, en leur faveur, une disposition spécifique au titre de la branche AT-MT. À cette condition, nous vous pardonnerons de ne pas avoir consacré un rapport à ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Le problème soulevé par Mme Poumirol a bien entendu toute son importance. Mais, au-delà, nous devons nous pencher sur la part des déterminants de santé environnementale dans les nombreuses maladies professionnelles aujourd'hui répertoriées.

Je pense par exemple au glyphosate, que l'Europe refuse encore et toujours d'interdire, alors qu'il pose un certain nombre de problèmes de santé au travail. (*M. Laurent Burgoa manifeste son exaspération.*) À ce titre, la législation n'est pas non plus à la hauteur.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1219 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 20 bis (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 2° du II de l'article L. 325-1, après le mot : « hospitalière, », sont insérés les mots : « fonctionnaires territoriaux occupant un ou plusieurs emplois permanents à temps non complet mentionnés à l'article L. 613-6 du code général de la fonction publique, » ;
- ③ 2° À la seconde phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 325-2, le taux : « 0,5 % » est remplacé par le taux : « 3 % ». – (*Adopté.*)

Article 20 ter (nouveau)

- ① I. – L'État peut mettre en place, après avis de la Haute Autorité de santé, un programme de dépistage du cytomégalo-virus de façon systématique chez la femme enceinte.
- ② II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre du programme mentionné au I.
- ③ III. – Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation du programme mentionné au I au plus tard un an après sa mise en place. – (*Adopté.*)

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au 2° du même article L. 861-1, dans des conditions déterminées par décret :
- ④ « 1° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-1 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

⑤ « 2° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 815-24 ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence ;

⑥ « 3° Les bénéficiaires de l'allocation prévue aux articles L. 821-1 et L. 821-2 versée à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, vivant seuls et sans enfant à charge, à la condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité salariée ou indépendante ni d'activité dans un établissement ou service d'aide par le travail mentionné au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pendant une période de référence ;

⑦ « 4° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5423-1 du code du travail, vivant seuls et sans enfant à charge ;

⑧ « 5° Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 5131-6 du même code lorsqu'ils constituent un foyer fiscal non imposable à l'impôt sur le revenu ou sont rattachés à un tel foyer. » ;

⑨ 2° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :

⑩ a) Au troisième alinéa, les mots : « à l'article L. 821-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 821-1 et L. 821-2 qui ne remplissent pas les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 861-2 » ;

⑪ b) Après la première phrase du dernier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ce droit est également renouvelé automatiquement à l'expiration de la période d'un an pour les personnes qui, lors de son attribution, ont été réputées satisfaire aux conditions du 2° de l'article L. 861-1 en application des 2° à 5° de l'article L. 861-2, sous réserve qu'elles satisfassent, à la date du renouvellement, à l'ensemble des conditions prévues aux mêmes 2° à 5°. »

⑫ II. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret et s'applique au plus tard :

⑬ 1° Le 1^{er} juillet 2024 aux bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale ;

⑭ 2° Le 1^{er} juillet 2025 aux bénéficiaires de l'allocation mentionnée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du même code ;

⑮ 3° Le 1^{er} juillet 2026 aux bénéficiaires des allocations mentionnées aux articles L. 5423-1 et L. 5131-6 du code du travail.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Mes chers collègues, cet article permet de mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire (C2S) et le bénéfice de certains minima sociaux. C'est une bonne chose, et nous le voterons. Mais quel dommage que nous n'ayons pu prendre en compte d'autres dispositifs sociaux, à commencer par l'aide médicale de l'État (AME) !

Nous avons proposé de rattacher les allocataires de cette aide au régime général de l'assurance maladie. Nous souhaitons également qu'ils puissent bénéficier des rendez-vous de prévention, mais l'on nous a opposé l'article 40 de la Constitution.

Madame la ministre, j'invite donc le Gouvernement à clarifier sa position quant à l'accès aux soins des étrangers. Garantirez-vous à tout le moins le financement des permanences d'accès aux soins, ces outils d'une valeur inestimable qui permettent à tous et à toutes d'être soignés, notamment en milieu hospitalier ?

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Cet article permet de mieux articuler les droits à la complémentaire de santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux.

La C2S procède de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 1999, et de l'aide pour une complémentaire santé (ACS), instaurée en 2004. Elle ouvre le droit à la prise en charge, sans avance de frais, du ticket modérateur et du forfait journalier. Toutefois, elle reste insuffisamment utilisée par les bénéficiaires des minima sociaux.

Ainsi, 13 % des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ne disposent toujours pas d'une complémentaire, bien qu'ils soient *de facto* en affection de longue durée (ALD). Ils ne sont donc pas couverts pour les soins sans lien avec leur maladie.

De même, 19 % des bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (A2S) ne sont pas couverts : souvent, les intéressés ne sont pas en situation de souscrire une complémentaire en entreprise.

En parallèle, 14 % seulement des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ont recours à la C2S.

Quant aux bénéficiaires des contrats d'engagement jeune (CEJ), ils affichent eux aussi un faible taux de recours, malgré le récent décret censé corriger cette situation.

L'article 21, que je tiens à saluer, étend la présomption de droit à la C2S à ces diverses allocations – l'AAH, l'A2S, l'ASI et le CEJ. Il assure également le renouvellement automatique du droit à la C2S.

Ces mesures de simplification permettront sans nul doute d'accroître le taux de recours à la C2S. Cela étant – la commission le souligne avec raison –, il faut accélérer leur entrée en vigueur, censée s'étaler entre 2024 et 2026.

Mme la présidente. L'amendement n° 253, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Remplacer le mot :

aide

par le mot :

accompagnement

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 253.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 254, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination juridique.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 254.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Les amendements n°s 664 et 663 ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 21, modifié.

(L'article 21 est adopté.)

Après l'article 21

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 155 rectifié *bis* est présenté par MM. Henno, J.-M. Arnaud, Bleunven et Courtial, Mme de La Provôté, MM. Delahaye et Duffourg, Mmes Florennes, Gacquerre, Guidez et Jacquemet, MM. Kern et Lévi et Mme Saint-Pé.

L'amendement n° 472 rectifié *bis* est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guérini et Guiol et Mme Pantel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 155 rectifié *bis*.

M. Olivier Henno. Hier, nous avons longuement parlé de la surconsommation de sucre et des pathologies qu'elle entraîne. À ce titre, on pense évidemment aux caries.

Mes chers collègues, nous appelons tous de nos vœux une génération sans carie. Par cet amendement, nous proposons de faciliter encore les examens de prévention bucco-dentaire à compter du 1^{er} janvier 2025.

Mme la présidente. La parole est à Mme Guylène Pantel, pour présenter l'amendement n° 472 rectifié *bis*.

Mme Guylène Pantel. Le rôle de la santé bucco-dentaire sur l'état de santé général d'un individu est souvent minimisé, voire méconnu.

Plusieurs études scientifiques ont pourtant mis au jour l'existence d'un lien entre une mauvaise santé bucco-dentaire et un risque accru de maladies cardiovasculaires. D'autres liens ont également été identifiés entre la santé bucco-dentaire et des maladies comme le diabète, la polyarthrite rhumatoïde, certains cancers, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou encore la maladie d'Alzheimer.

À cet égard, la nouvelle convention dentaire, signée le 21 juillet dernier, marque un tournant dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire de nos concitoyens, en particulier des plus jeunes. Elle traduit l'ambition de promouvoir une « génération sans carie ».

Un examen de prévention bucco-dentaire annuel sera ainsi proposé à tous les jeunes âgés de 3 ans à 24 ans, à partir du 1^{er} janvier 2025. Les organismes complémentaires d'assurance maladie contribueront au financement de cet examen.

Pour notre part, nous proposons de supprimer l'exonération de la participation de l'assuré aux frais de cet examen.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. À l'instar des rendez-vous de prévention créés au titre de la loi de finances pour 2022, le programme « M'T dents » vise un véritable objectif de santé publique. Il a pour ambition d'atteindre tous les assurés d'une classe d'âge. C'est pourquoi le législateur s'est prononcé pour la gratuité des consultations considérées.

Garantie *via* la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, cette gratuité permet d'envoyer un signal clair à l'assuré. Elle semble être une condition *sine qua non* de la participation du plus grand nombre à ces rendez-vous.

Mes chers collègues, on le sait, les jeunes de 3 ans à 24 ans sont particulièrement touchés par les maladies bucco-dentaires – nous avons longuement évoqué le sujet du sucre hier soir. Ils doivent, partant, faire l'objet d'une sensibilisation particulière à l'hygiène bucco-dentaire.

En supprimant la prise en charge intégrale du dispositif, l'on ne pourrait qu'en réduire le taux de recours, qui plus est dans les classes sociales défavorisées, qui, en moyenne, disposent d'une protection complémentaire moins étendue en matière de santé : 18 % des allocataires de minima sociaux n'ont même aucune couverture complémentaire.

Vous souhaitez mieux répartir les financements dont il s'agit. Votre objectif est légitime, mais de telles dispositions auraient un impact direct sur ceux dont la couverture sociale est la plus faible.

La commission est donc défavorable à ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Madame la sénatrice, monsieur le sénateur, quand on parle de prévention, on parle aussi de prévention bucco-dentaire, et nous souhaitons effectivement garantir une génération « zéro carie ».

Si, au travers du programme « M'T dents », nous proposons une prise en charge intégrale pour les jeunes de 3 ans à 24 ans, c'est parce que tous nos concitoyens doivent avoir accès aux soins bucco-dentaires. M. le président de la commission l'a souligné avec raison.

Nous ne sommes pas favorables au ticket modérateur que vous proposez de créer.

La convention dentaire signée récemment a permis d'autres évolutions du dispositif 100 % santé. Elle a notamment étoffé le panier de soins assurés, en y incluant une couronne et un bridge en zircone. En outre, les honoraires limites de facturation des paniers « reste à charge zéro » et « reste à charge modérée » seront relevés de 3 %. Un tel ticket modérateur me semble donc prématuré.

Nous devons disposer d'un plus grand recul quant à une hausse de la participation des assurés aux actes dentaires en général.

En parallèle, nous devons mener à bien une concertation, non seulement avec les représentants des organismes complémentaires, au sein du comité de dialogue qui leur est dédié, mais aussi avec les associations de patients. C'est dans ce cadre que nous pourrions examiner la fin de l'exonération relative aux examens bucco-dentaires.

À la lumière de ces éléments, le Gouvernement sollicite le retrait de ces amendements identiques. À défaut, il émettrait un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure générale.

Mme Elisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, je vous remercie d'attirer l'attention de notre assemblée sur la santé dentaire, dont nous avons déjà parlé hier en débattant de la fiscalité applicable au sucre.

En la matière, le premier enjeu, c'est l'éducation : avant tout, nos enfants doivent consommer moins de produits sucrés.

L'année dernière, nous avons voté pour le renforcement du rôle des assistants dentaires, qui jouent un rôle essentiel. (*Mme la ministre déléguée acquiesce.*) Les dentistes ne peuvent se rendre dans tous les établissements scolaires – ils ne suffisent déjà pas à la tâche pour soigner les problèmes dentaires des uns et des autres. Or cette éducation que nous appelons de nos vœux est assurée, non seulement par la famille, mais aussi par l'école. (*Mme Guylène Pantel approuve.*)

Je me félicite que l'on ait renforcé la place des assistants dentaires. Bon nombre de ces professionnels – j'en connais beaucoup – sont en train d'être formés par les dentistes. Ils pourront se déployer dans nos territoires et donner toutes les informations nécessaires.

Avant tout, invitons les enfants à renoncer aux sirops et aux boissons sucrées,...

Mme Émilienne Poumirol. Et aux sodas !

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. ... dont la surconsommation a des effets littéralement catastrophiques !

Mme la présidente. Monsieur Henno, l'amendement n° 155 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Olivier Henno. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 155 rectifié *bis* est retiré.

Madame Pantel, l'amendement n° 472 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Guylène Pantel. Non, je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 472 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 98 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes N. Goulet, Sollogoub et Gatel, M. Canévet, Mmes Vermeillet et Jacquemet, MM. Longeot et Maurey, Mmes Morin-Desailly et Billon et MM. Bleunven et Reichardt, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Il s'agit de limiter la prise en charge au titre du régime général des personnes qui ne remplissent plus les conditions de régularité de séjour en France.

La durée de la couverture est d'un an dans le droit en vigueur. Je propose qu'elle soit ramenée à trois mois.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je comprends l'esprit de l'amendement n° 98 rectifié *quinquies* et la volonté de Mme Nathalie Goulet.

Toutefois, dans l'état actuel du droit, une personne résidant en France a droit, lorsque sa situation devient irrégulière, au maintien de son affiliation à la sécurité sociale durant un an. Or cet amendement tend à réduire ce délai à trois mois.

J'émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le délai, qui a déjà été réduit de douze mois à six mois, semble raisonnable pour permettre à ces personnes de mettre à jour leurs papiers, si je puis dire, en cas de régularisation de leur situation.

Pour ces raisons, il ne semble pas souhaitable de raccourcir l'actuel délai de six mois – trois mois, cela paraît trop court –, qui, lui-même, écourte le précédent qui était de douze mois.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Madame Goulet, l'amendement n° 98 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le président de la commission, nous sommes justement ici pour changer l'état du droit ! (*M. le président de la commission sourit.*)

J'entends votre argument selon lequel le délai de six mois est incompressible, madame la ministre, mais encore faut-il qu'il soit respecté, au risque de retomber dans le travers des régularisations improbables réalisées par des textes eux-mêmes improbables !

Il faut tout de même régler le problème des personnes en situation irrégulière, qui sont couvertes par ailleurs.

Je retire mon amendement, madame la présidente, mais j'espère que le délai de six mois sera effectivement respecté.

Mme la présidente. L'amendement n° 98 rectifié *quinquies* est retiré.

L'amendement n° 1261 rectifié *bis*, présenté par MM. P. Joly et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Un forfait patient urgences a été mis en place, qui est à la charge des patients qui passent aux urgences sans être hospitalisés. C'est une mesure, cela a déjà été dit ici, particulièrement injuste dans les zones sous dentées, car souvent les urgences y constituent, à un moment donné, la seule offre de soins.

On ne va pas aux urgences par plaisir, quand bien même on serait simplement motivé par le stress.

Nous proposons au Gouvernement de nous remettre un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale et l'opportunité pour les usagers d'une suppression de ce forfait, qui est, j'y insiste, injuste.

Derrière ce dispositif se cache le véritable problème de l'accès aux urgences, qu'il ne règlera pas ! On sait très bien que les problèmes sont beaucoup plus larges, qu'il s'agisse de la question des déserts médicaux, du manque de dotation, des conditions de travail, des départs de personnels ou des difficultés d'accès aux soins d'une manière générale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'une demande de rapport : j'émetts donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Je précise de nouveau que l'objet premier du forfait patient urgences (FPU) était de rendre plus lisible le montant à régler par l'utilisateur.

Ce forfait s'est substitué à l'ensemble des paiements précédents couverts par l'ex-ticket modérateur. Avant sa mise en place, chaque passage aux urgences donnait lieu à des facturations d'un reste à charge, mais selon des modalités complexes.

Concrètement, la facture reçue par le patient présentait le détail de tous les soins, examens et interventions pour lesquels le ticket modérateur était appliqué, rendant la facture partiellement illisible.

Ce FPU constitue donc une mesure de simplification. Il rend le montant d'un passage aux urgences sans hospitalisation plus lisible pour les patients et les usagers, son paiement plus compréhensible et sa facturation plus simple pour les équipes hospitalières.

Cette mesure a été calibrée pour être neutre financièrement pour les patients, par rapport à ce qui était auparavant en vigueur.

Par ailleurs, ce FPU est bien sûr pris en charge par les complémentaires de santé.

Il ne s'agit pas d'un outil de régulation de l'accès aux urgences ni d'un moyen de décourager les patients d'aller aux urgences, contrairement à ce que l'on a pu parfois entendre. La qualité et la sécurité du parcours de soins du patient n'ont pas été altérées par la mise en place de ce forfait.

J'émetts donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1261 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 22

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre I^{er} du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi modifié :
- ③ a) Le chapitre unique devient le chapitre I^{er} ;
- ④ b) Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :
- ⑤ « CHAPITRE II
- ⑥ « **Parcours coordonnés renforcés**
- ⑦ « Art. L. 4012-1. – I. – Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé fixe la liste de ces parcours, en tenant compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du conseil stratégique mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

- ⑧ « Pour chaque type de parcours coordonné renforcé, un arrêté des mêmes ministres détermine notamment les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait mentionné à l'article L. 162-62 du même code ainsi que son montant.
- ⑨ « II. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé exercent une profession libérale ou exercent au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou d'un service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé.
- ⑩ « Chaque professionnel intervient dans le parcours dans le cadre de ses conditions habituelles d'exercice et répond des actes professionnels qu'il accomplit selon les règles qui lui sont applicables dans ce cadre.
- ⑪ « Ils sont réputés constituer une équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12.
- ⑫ « III. – Le parcours est organisé par une structure responsable de la coordination désignée parmi des catégories de structures, énoncées par décret, au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.
- ⑬ « Cette structure coordonne les interventions des professionnels du parcours et s'assure du respect de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article par l'ensemble des professionnels intervenant au sein du parcours. Elle est responsable des actions qu'elle conduit à ce titre.
- ⑭ « Par dérogation au premier alinéa du présent III, les structures responsables de la coordination d'un parcours dans le cadre d'une expérimentation arrivée à son terme et ayant fait l'objet d'un avis favorable du conseil stratégique mentionné au deuxième alinéa du III de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, qui n'appartiennent à aucune catégorie de la liste prévue au I du présent article, peuvent continuer d'exercer les missions de coordination pendant une durée maximale de six mois à compter du dépôt de la demande mentionnée à l'article.
- ⑮ « IV. – Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé ou, le cas échéant, leur employeur et la structure responsable de la coordination formalisent leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé. Ce projet, conforme à un modèle fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comporte notamment les dispositions prises pour assurer la continuité des soins, des engagements de bonnes pratiques professionnelles pour chaque catégorie de professionnels ainsi que les modalités de répartition du forfait mentionné à l'article L. 162-62 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑯ 2° Au second alinéa de l'article L. 4113-5, après la référence : « L. 6316-1 », sont insérés les mots : « , aux parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 » ;
- ⑰ 3° Au 2° de l'article L. 4041-2, après les mots : « éducation thérapeutique », sont insérés les mots : « , de parcours coordonnés renforcés mentionnés à l'article L. 4012-1 ».
- ⑱ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- 19 1° Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 14 ainsi rédigée :
- 20 « Section 14
- 21 « **Prise en charge des parcours coordonnés renforcés**
- 22 « Art. L. 162-62. – I. – Par dérogation aux règles de facturation et de tarification prévues au présent titre et au chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, les interventions des professionnels participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique sont exclusivement financées par un forfait dont le montant couvre le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours ainsi que celui des actions nécessaires à la coordination des interventions. Ce montant, fixé par l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, est déterminé en tenant compte de la fréquence du suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés.
- 23 « Le patient ne peut être redevable, au titre des prestations du parcours, d'autres montants que le montant forfaitaire mentionné au présent article.
- 24 « La structure responsable de la coordination mentionnée au III de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique transmet les informations nécessaires à la couverture par l'organisme local d'assurance maladie des frais relatifs au parcours coordonné renforcé. Elle pratique le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du présent code.
- 25 « La structure responsable de la coordination détermine la part du forfait due à chaque professionnel au titre de son activité au sein du parcours ainsi que celle correspondant aux missions de coordination qu'elle assure sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. L'organisme local d'assurance maladie verse les sommes correspondantes à chaque professionnel ou, le cas échéant, à la structure qui l'emploie ainsi qu'à la structure responsable de la coordination.
- 26 « Les rémunérations perçues dans ce cadre sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations perçues dans le cadre de leur exercice habituel, qu'ils exercent dans le cadre d'un exercice libéral ou salarié ou comme agent public.
- 27 « La structure responsable de la coordination peut, le cas échéant, percevoir les sommes versées par les assurés au titre de leur participation aux frais du parcours coordonné renforcé en application du 9° de l'article L. 160-8. Un décret en Conseil d'État prévoit les modalités de répartition des sommes ainsi perçues.
- 28 « II. – Pour bénéficier du mode de financement par forfait mentionné au présent article, la structure responsable de la coordination transmet le projet mentionné au IV de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé.
- 29 « Le projet est réputé validé, sauf si le directeur de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois à compter de la réception du projet, en se fondant sur l'absence de respect de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 4012-1 du code de la santé publique,
- du III du même article L. 4012-1 ou des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du même code.
- 30 « Lorsqu'il constate un manquement aux dispositions de l'arrêté mentionné au I ou au III de l'article L. 4012-1 dudit code, le directeur général de l'agence régionale de santé met la structure responsable de la coordination en demeure de se mettre en conformité dans un délai de six mois à compter de la notification de cette mise en demeure. Faute de mise en conformité dans ce délai, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie, qui met fin au mode de financement par montant forfaitaire et suspend les remboursements des forfaits facturés au titre du parcours après la notification de cette décision.
- 31 « III. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- 32 2° Au 1° du A du I de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-23-1 », est insérée la référence : « , L. 162-62 » ;
- 33 3° L'article L. 160-8 est complété par un 9° ainsi rédigé :
- 34 « 9° La couverture des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique ; »
- 35 4° Le I de l'article L. 160-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 36 « La participation de l'assuré aux frais mentionnés au 9° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle à tout ou partie de ces frais ou forfaitaire. Le montant de cette participation est défini par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Cette participation peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 37 5° Au premier alinéa de l'article L. 160-14, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « quatrième ».
- 38 III. – Après le sixième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 39 « – L. 162-62 ; ».
- 40 IV. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :
- 41 a) Le I de l'article 20-1 est complété par un 18° ainsi rédigé :
- 42 « 18° La couverture des frais relatifs aux interventions et traitements réalisés dans le cadre des parcours mentionnés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique. » ;
- 43 b) À l'article 20-4, les mots : « et L. 162-16-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-16-1 et L. 162-62 ».

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 22 du PLFSS inscrit dans le droit commun les expérimentations des modes de financement dites « expérimentations de l'article 51 ». Cette disposition vise à trouver des solutions innovantes de financement de la santé.

Les difficultés de la tarification à l'activité devaient être dépassées, mais des angles morts n'ont pas été anticipés. Je pense notamment à l'expérimentation de la rémunération du médecin à la capitation, c'est-à-dire une rétribution au forfait et non plus à l'acte, qui a été expérimentée par des organismes privés lucratifs aux pratiques douteuses.

C'est le cas par exemple de la fondation Ramsay Santé, qui s'est engouffrée dans la brèche ouverte par cette expérimentation de l'article 51 pour acheter six centres de soins de la Croix-Rouge.

Selon le Gouvernement, le développement d'établissements privés à but lucratif réalisant des profits sur la santé n'est pas un problème, dès lors que leur présence permet de maintenir certaines spécialités.

Pour notre part, ce soutien financier aux établissements à la hauteur des recettes perçues de l'assurance maladie constitue une forme de détournement de l'argent de la sécurité sociale. En effet, cette aide a permis à Ramsay Santé de percevoir 136,7 millions d'euros en 2020, près de 103 millions d'euros en 2021 et autant en 2022.

Dans un contexte où les établissements publics n'arrivent pas à boucler leurs budgets, entériner cette expérimentation, c'est, au fond, prendre le risque de dérives financières ultérieures du secteur lucratif.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, sur l'article.

Mme Nadia Sollogoub. Je souhaite formuler une remarque sur l'expérimentation de l'article 51 relative au parcours coordonné renforcé, que cet article généralise, notamment à propos du renforcement des moyens humains à destination exclusive des médecins.

Si l'on veut généraliser les parcours de soins coordonnés, on doit alors changer nos référentiels organisationnels. On ne peut pas organiser de force des équipes qui n'en sont pas ; on doit, au contraire, soutenir les véritables équipes pluriprofessionnelles, qui s'organisent et offrent d'ores et déjà une véritable plus-value dans la prise en charge des patients.

Madame la ministre, j'attire également votre attention sur le fait que, jusqu'à présent, les postes d'assistants médicaux, d'infirmières diplômées d'État (IDE) membres du réseau Action de santé libérale en équipe (Asalée), sont uniquement attachés à l'exercice d'un médecin.

Certes, une équipe peut s'organiser en groupement d'employeurs, afin de recruter plusieurs assistants, mais il faudrait, je pense, faire en sorte que les postes d'assistants soient attachés non plus exclusivement à l'exercice du médecin, mais à une équipe.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, sur l'article.

Mme Émilienne Poumirol. La rémunération forfaitaire, qui est au service du travail d'équipe, est une voie intéressante dans l'avenir de la médecine générale. C'est une bonne solution, selon moi, comme je l'ai souligné précédemment à l'aide de l'exemple de la rémunération forfaitaire des MSP.

Cela dit, je suis très sensible aux propos de ma collègue Cathy Apourceau-Poly sur les risques de dérive. On assiste de plus en plus à une financiarisation, je dirais même à une marchandisation du secteur de la santé, qui nous semble très dangereuse.

Ma collègue l'a dit, le groupe Ramsay Santé achète désormais des groupes de soins primaires – je pense aux six centres de la Croix-Rouge –, alors que jusqu'à présent il ne s'occupait, si j'ose dire, que de cliniques privées. D'ailleurs, dans ma ville de Toulouse, il ne reste plus de cliniques indépendantes, car elles ont toutes été achetées par cette entreprise.

Or Ramsay Santé n'a qu'un but lucratif. Un signe ne trompe pas : dans les pages du site « ramsaysante.fr », on lit non pas « Chers patients », mais « Chers clients » ! (*Mme Cathy Apourceau-Poly le confirme.*) Cela illustre bien la financiarisation à l'œuvre.

Aussi, je voudrais que nous soyons très attentifs au risque de marchandisation, même si je suis favorable à la rémunération forfaitaire des équipes des MSP ou des centres de santé.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 33 rectifié *ter* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.-B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Sol et Mme Malet.

L'amendement n° 607 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 7, seconde phrase

Après le mot :

compte

insérer les mots :

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

II. – Alinéa 30, première phrase

Rédiger ainsi le début de cette phrase

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

La parole est à M. Laurent Burgoa, pour présenter l'amendement n° 33 rectifié *ter*.

M. Laurent Burgoa. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Philippe Grosvalet, pour présenter l'amendement n° 607 rectifié *bis*.

M. Philippe Grosvalet. Il est également défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* En commission, nous avons proposé d'émettre un avis favorable sur ces amendements, qui visent à mieux prendre en compte l'organisation territoriale de l'offre de soins existante.

Néanmoins, nous avons demandé deux rectifications : l'une pour mieux tenir compte de l'organisation territoriale, notamment lors de la pérennisation d'expérimentations de l'article 51 ; l'autre pour permettre au directeur général de l'ARS de mettre en demeure les structures chargées de la coordination de parcours qui ne respecteraient pas les objets du projet régional de santé.

Ces deux rectifications ayant été apportées par les auteurs de ces amendements, la commission émet un avis encore plus favorable ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Tout d'abord, madame la présidente, je dirai quelques mots sur l'article 22 – il est important –, ce qui me permettra de répondre aux interventions qui précèdent.

Nous arrivons à la première sortie d'évaluation des expérimentations dites de l'article 51. Il s'agit d'un beau dispositif, instauré par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, au service de l'innovation.

Il permet aux professionnels de santé, grâce à des dérogations à certaines règles de droit commun, d'expérimenter de nouvelles méthodes de prise en charge des patients, de mettre en place de nouvelles coopérations pluriprofessionnelles ou encore de renforcer des actions de prévention.

Le nombre de projets d'expérimentation autorisés dans le cadre de l'article 51 est en nette progression depuis cinq ans, puisqu'il est passé de 42 en 2019 à 144 en 2023. Ainsi, environ 1,2 million de patients ont bénéficié de tels dispositifs, ce qui atteste du fort intérêt que suscite le dispositif auprès des professionnels. Les thématiques traitées sont très nombreuses et contribuent à mettre l'innovation au service de nos grandes priorités nationales.

Les expérimentations concernent la prévention, le cancer, la santé mentale, les maladies chroniques, l'activité physique adaptée, l'obésité, la perte d'autonomie, les addictions, la santé des enfants, la périnatalité, la qualité de la prescription et la lutte contre les inégalités de santé.

Ces différents projets portent leurs fruits et produisent des résultats concrets. Ainsi, en 2022, un premier projet déployé au titre de l'article 51 a été généralisé : le dispositif de prévention de l'obésité infantile « Mission : retrouve ton cap ». Il permet aux enfants qui sont en surpoids ou qui risquent de le devenir de bénéficier d'une prise en charge précoce et multiple.

Les résultats positifs de deux autres expérimentations, encore en cours, ont conduit à prendre des mesures dans ce PLFSS.

L'une figure à l'article 25 : la délivrance d'antibiotiques par les pharmaciens sans prescription médicale préalable après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod), qui s'inspire de l'expérimentation Orientation dans le Système de Soins (OSyS).

L'autre figure à l'article 24 : la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires, qui fait suite à l'expérimentation « Urgences dentaires » dans plusieurs régions.

Une autre expérimentation importante figure à l'article additionnel que vous venez d'insérer dans le texte à la suite de l'article 20 : les malades du cancer pourront suivre des séances d'activité physique adaptée.

Plus généralement, l'article 22 crée un cadre qui permettra la mise en place de ces parcours coordonnés renforcés. Ce cadre générique permettra la généralisation de nombreuses expérimentations, sous réserve d'un bilan positif du rapport d'évaluation, car environ 30 d'entre elles se terminent en 2023, et 40 en 2024.

Je vais citer rapidement quelques exemples d'expérimentations qui seront généralisées en 2024, grâce aux nouveaux parcours coordonnés renforcés, bien sûr sous réserve des conclusions définitives des rapports d'évaluation, qui sont en cours.

Il s'agit de la rééducation cardiaque, qui fait suite notamment à l'expérimentation de structures libérales légères en Île-de-France, dans les Pays de la Loire et dans le Grand Est ; de la réhabilitation respiratoire, qui fait suite notamment à l'expérimentation portée par Occitan'air en Occitanie ; ou encore de la prise en charge de l'obésité, après l'expérimentation « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité », portée par l'espace médical nutrition-obésité (ENMO) en Bourgogne-Franche-Comté. On peut également citer l'expérimentation des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT), qui permet d'accompagner les personnes en situation de handicap et la prescription d'aide technique.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous le voyez, cet article 22 nous permet de fixer un cadre au sein duquel les projets en cours d'expérimentation pourront être adaptés, s'ils fonctionnent. Cet article nous permet de prendre en charge directement le forfait multiacteurs.

J'en viens maintenant à l'interpellation de Mme Cathy Apourceau-Poly sur les centres de santé, dont nous avons déjà débattu.

La prise en charge d'un forfait dans les centres gérés par Ramsay Santé sera bien sûr évaluée, puisqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation. Mais, au travers de ce point, vous m'interpellez sur les centres de santé, sur lesquels j'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer. Or, je vous le redis, une mission de l'Igas est en cours, pour réfléchir sur les modèles économiques des centres de santé, qui permettent aussi de donner accès à nos concitoyens à la santé.

À l'heure actuelle, il existe environ six modèles économiques différents. Aussi, il est intéressant que nous puissions réfléchir sur ces modèles. Aurélien Rousseau et moi-même serons amenés à présenter, dans les mois à venir, une feuille de route pour les déploiements de ces centres de santé, comme nous l'avons fait à propos des maisons de santé pluriprofessionnelles.

En fait, les dispositifs proposés par les amendements identiques n^{os} 33 rectifié *ter* et 607 rectifié *bis* existent déjà : dans le cadre de l'article 51, les projets sont proposés de façon volontaire par les professionnels.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 33 rectifié *ter* et 607 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n^o 573 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus,

Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy, est ainsi libellé :

Alinéas 7, 9, 10, 13, 15 et 25

Après chaque occurrence du mot :

professionnel

insérer les mots :

de santé

et après chaque occurrence du mot :

professionnels

insérer les mots :

de santé

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. En ne précisant pas que les professionnels intégrés aux parcours coordonnés renforcés doivent être des professionnels de santé, l'article 22 permettrait de financer, avec des fonds de l'assurance maladie, des professionnels qui ne sont pas encadrés par le code de la santé publique ou qui le sont peu.

En ouvrant la rémunération par la sécurité sociale à des métiers qui ne relèvent pas des professionnels de santé, le risque est grand de financer sur des fonds publics des actes insuffisamment évalués ou inefficients, voire des pratiques non conventionnelles, notamment certaines médecines alternatives.

Aussi, cet amendement vise à garantir que l'assurance maladie ne financera, par le biais des parcours coordonnés renforcés, que des professionnels de santé encadrés par le code de la santé publique dans l'intérêt des patients.

Il a aussi pour objet que la rémunération des professionnels engagés dans un parcours coordonné renforcé soit négociée par le biais d'une convention avec l'assurance maladie, et non fixée unilatéralement par voie réglementaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Monsieur Chasseing, je comprends les motivations qui vous poussent à limiter les parcours coordonnés renforcés aux seuls professionnels de santé.

Pourtant, on a vu à propos des expérimentations de l'article 51 que d'autres professionnels étaient amenés à intervenir, notamment dans le cas de l'APA. Je pense également aux psychologues, qui seraient exclus d'un tel dispositif.

J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. On a besoin d'autres professionnels. Le meilleur exemple en est l'APA : les enseignants en activité physique adaptée ne sont pas des professionnels de santé.

Pour pouvoir développer l'APA, il faut donc que ces professionnels soient pris en compte dans le cadre de ce parcours. On pourrait aussi, dans la prise en charge globale, parler des diététiciens.

Le forfait multiacteurs répond à l'enjeu de pluriprofessionnalité propre à certaines expérimentations de prise en charge des patients, qui entreraient dans le droit commun.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 573 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 255, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Après les mots :

mêmes ministres

insérer les mots :

, pris après consultation des représentants des professionnels concernés,

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Si le caractère interprofessionnel des parcours coordonnés renforcés rend délicat le recours aux négociations conventionnelles – on peut entendre cet argument, même s'il nous pose une difficulté –, la commission souhaite que les représentants des professionnels concernés soient consultés.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Les représentants des professionnels concernés par chaque parcours, ainsi que les ordres, le cas échéant, seront consultés avant la publication de chaque arrêté.

Par ailleurs, dès qu'une activité couverte par le forfait existe dans le champ conventionnel, par exemple une consultation de bilan par le médecin, elle sera valorisée sur la base du montant conventionnel. Ainsi, les partenaires conventionnels continueront de définir la valorisation de l'intervention des professionnels qu'ils représentent, et ces avancées conventionnelles seront reprises dans les parcours coordonnés ou renforcés.

Il n'est donc pas nécessaire de prévoir cette obligation dans le projet de loi.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 255.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1254, présenté par Mme Conconne, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Nous proposons d'inscrire les problématiques relatives à la continuité territoriale rencontrées par les collectivités dans les modalités d'organisation du parcours coordonné renforcé.

En effet, si ces parcours sont une évolution bienvenue dans la prise en charge complète des patients dans les parcours de soins, leurs bénéfices sont limités outre-mer quand ils ne prennent pas en compte les tissus particuliers d'implantation du corps médical dans ces territoires.

Ainsi, la mise en place de ces parcours doit nécessairement prendre en compte les réalités de l'outre-mer, notamment celles qui sont relatives à la continuité territoriale des soins, dont les faiblesses poussent nos concitoyens à fragmenter leurs soins entre plusieurs territoires, y compris vers l'Hexagone.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Si la prise en compte de la continuité territoriale dans les collectivités d'outre-mer est indispensable, il nous semble qu'elle doit intervenir à l'échelle locale, lors de l'autorisation par le directeur général de l'ARS des projets qui lui sont soumis.

Les dispositions de l'article 22 le permettent déjà, puisqu'elles chargent le directeur général de vérifier que les projets de parcours coordonnés renforcés permettent d'atteindre les objectifs fixés par le projet régional de santé.

Cet amendement semble satisfait en droit. Aussi, la commission demande son retrait de cet amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Il s'agit bien de projets de territoire. Aussi, il ne fait pas de doute que, si des projets sont portés dans les territoires d'outre-mer, l'ARS rendra un avis selon la pertinence du projet qu'elle serait amenée à accompagner.

Du reste, je puis vous dire que, en Martinique – j'en reviens ! –, de nouveaux projets sont portés en matière d'activité physique adaptée, notamment pour développer des maisons sport-santé, lesquelles sont accompagnées par l'ARS. C'est indispensable et nécessaire.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Madame Féret, l'amendement n° 1254 est-il maintenu ?

Mme Corinne Féret. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1254 est retiré.

L'amendement n° 1360, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Remplacer les mots :

au I du présent article

par les mots :

au même premier alinéa

et les mots :

à l'article

par les mots :

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1360.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 756 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 22, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

y compris le forfait parcours de la solution numérique retenue

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. À l'aune de la progression de la télémédecine en santé, le budget de la sécurité sociale doit suivre les avancées technologiques de notre système de santé.

Vous le savez, mes chers collègues, la question des silos entre ville et hôpital se pose toujours dans notre système de soins. Il est très important de la résoudre. Favoriser ce parcours de soins numérique est un sujet absolument essentiel, et les propositions du Gouvernement ne sont pas encore à la hauteur.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Dans l'état actuel de l'article 22, rien n'empêche la prise en compte des outils numériques et des coûts associés dans la fixation du forfait par arrêté ministériel. Le même arrêté tendant à fixer les modalités d'organisation du parcours, il sera possible d'y prévoir l'utilisation de tels outils.

Ma chère collègue, je comprends votre motivation, mais, dans la version actuelle de l'article 22, votre amendement est satisfait.

J'émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Je partage vos motivations, madame la sénatrice, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle une telle disposition est déjà prévue. Aussi, votre amendement est satisfait.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement. À défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Madame Souyris, l'amendement n° 756 rectifié est-il maintenu ?

Mme Anne Souyris. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 756 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1361, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 37

Supprimer cet alinéa.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1361.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 256, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 37

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Nous croyons dans l'opportunité de généraliser des expérimentations. Aussi, nous souhaitons que la généralisation soit la plus rapide possible, dès lors que l'évaluation de l'expérimentation est favorable.

Cet amendement a donc pour objet de réduire le délai de transmission des avis du conseil stratégique de l'innovation en santé relatifs à la généralisation d'une expérimentation à trois mois avant la fin de l'expérimentation.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Nous sommes tous d'accord sur les bienfaits de l'article 51 et sur la nécessité d'évaluer les expérimentations.

Pour autant, raccourcir les cycles d'évaluation aurait, pour les expérimentations déjà autorisées, un effet contre-productif, en réduisant la période d'observation et en les privant de la période où elles donnent leur pleine capacité.

Dans les faits, les équipes chargées des expérimentations de l'article 51 veillent à garantir la continuité des prises en charge. Pour toutes les expérimentations, les rapports finaux sont donc transmis au conseil stratégique environ un mois avant leur échéance, afin de pouvoir mettre en place dans le droit commun la période de préinscription, laquelle ne peut être ouverte qu'après un avis positif du conseil stratégique de l'innovation en santé, depuis la LFSS pour 2022.

Monsieur le président de la commission, votre amendement est déjà satisfait. Je sollicite donc son retrait de cet amendement. À défaut, mon avis serait défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. C'est toujours mieux quand c'est écrit ! Je maintiens donc mon amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 256.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 22, modifié.

(L'article 22 est adopté.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Dominique Théophile.)

PRÉSIDENCE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

4

MISE AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Monsieur le président, lors du scrutin n° 46 portant sur l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, Mme Samantha Cazebonne et M. Olivier Bitz souhaitaient voter pour.

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

5

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus aux amendements portant articles additionnels après l'article 22.

Après l'article 22

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques.

L'amendement n° 378 rectifié est présenté par M. Genet.

L'amendement n° 635 rectifié est présenté par M. Canévet et Mme N. Goulet.

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

L'amendement n° 1007 rectifié *quater* est présenté par MM. Longeot, Tabarot, P. Martin, Henno et S. Demilly, Mmes Saint-Pé et Jacquemet, MM. Duffourg et Menonville et Mme Antoine.

L'amendement n° 1299 rectifié *bis* est présenté par M. Tissot, Mme Bonnefoy, MM. Bourgi, Devinaz, Fichet, Pla, Cozic, P. Joly et Kerrouche et Mmes Monier et Conway-Mouret.

L'amendement n° 1344 rectifié *bis* est présenté par Mme Schillinger, MM. Rambaud, Buis et Buval, Mmes Havet et Duranton et M. Rohfritsch.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour présenter l'amendement n° 635 rectifié.

Mme Nathalie Goulet. Il s'agit d'un amendement déposé par notre collègue Michel Canévet.

L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a habilité les partenaires conventionnels, dans le cadre de la convention médicale, à négocier les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité, afin de les aider à faire face, pendant cette période, aux charges inhérentes à la gestion de leur cabinet médical.

Cet amendement vise à permettre la négociation de cet avantage dans le champ conventionnel des différentes professions de santé, afin d'instaurer une égalité de traitement.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 682 rectifié *ter*.

Mme Pascale Gruny. Je souhaite insister sur la nécessité d'une égalité entre les médecins et les autres professionnels de santé en matière de congés de maternité et de paternité.

Il s'agit d'un sujet important, notamment pour les femmes, dont la part augmente dans ces professions. Il est nécessaire de les accompagner par une aide leur permettant de mieux gérer leur cabinet. J'ai ainsi rencontré une jeune femme chirurgien-dentiste qui peinait à rembourser ses emprunts après avoir créé son cabinet.

Cette mesure répond vraiment à une réelle attente du terrain. En outre, elle pourrait aider à l'installation de jeunes praticiens, dont nous avons tant besoin sur nos territoires.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 1007 rectifié *quater*.

M. Olivier Henno. Il est défendu, monsieur le président, mais je souhaite encore insister sur la nécessité d'étendre cette aide, notamment pour les territoires ruraux.

M. le président. Les amendements n° 1299 rectifié *bis* et 1344 rectifié *bis* ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je souscris aux propos exprimés en défense de ces amendements.

La commission émet un avis favorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention. Ces dispositions soulèvent indéniablement des interrogations pertinentes.

Comme vous le savez, les professionnels libéraux sont aujourd'hui affiliés à un régime distinct du régime général de la sécurité sociale, qui ne prévoit pas, à proprement parler, de congés de paternité ou de maternité standardisés.

Cependant, ces professionnels disposent d'aides spécifiques en cas d'arrêt lié à la maternité. Ils peuvent ainsi prétendre à une allocation forfaitaire dite de repos maternel, s'élevant à environ 3 500 euros par mois, ainsi qu'à une indemnité forfaitaire d'interruption d'activité, calculée par jour d'arrêt de travail. Ce dispositif peut être complété par la prime de naissance et le remboursement intégral des frais médicaux.

En cas de congé de paternité, les professionnels de santé ont droit à une indemnité journalière forfaitaire, pour une durée minimale de vingt-cinq jours, prolongée à trente-deux jours en cas de naissances multiples.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a en effet instauré le principe d'une compensation spécifique pour les médecins, dans le cadre de négociations conventionnelles. Pour autant, cette mesure ne constitue pas une violation du principe d'égalité, car les autres professionnels bénéficient d'un dispositif similaire.

Ces dispositions ne couvrent donc pas intégralement les revenus perdus. C'est là toute la différence entre le statut libéral et le statut socialisé, qui se rapproche de celui d'un salarié.

Pour autant, cette situation étant bien prise en compte, mon avis sur ces amendements identiques est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 635 rectifié, 682 rectifié *ter* et 1007 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 22.

L'amendement n° 1082 rectifié *bis*, présenté par Mmes Vermeillet et N. Goulet, MM. Laugier et Kern, Mme O. Richard, MM. Mizzon et Henno, Mmes Gatel, Saint-Pé, Sollogoub, Perrot et Gacquerre, MM. P. Martin et J.M. Arnaud, Mme Jacquemet et MM. Duffourg et Bleunven, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

La parole est à Mme Sylvie Vermeillet.

Mme Sylvie Vermeillet. L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a habilité les partenaires conventionnels, dans le cadre de la convention médicale, à négocier les modalités et le versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité pour cause de maternité ou de paternité, afin de les aider durant cette période.

Mon amendement visait à demander un rapport sur cette question, mais, compte tenu de l'adoption des amendements identiques précédents, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1082 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 474 rectifié *bis* est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj et Mme Pantel.

L'amendement n° 622 rectifié *ter* est présenté par M. Canévet, Mmes N. Goulet et O. Richard, MM. Delcros, Longeot, Kern, Duffourg et Courtial, Mme Havet et MM. Folliot, S. Demilly, Henno et Bleunven.

L'amendement n° 762 rectifié *bis* est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 967 rectifié est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

L'amendement n° 474 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour présenter l'amendement n° 622 rectifié *ter*.

Mme Nathalie Goulet. Il s'agit là encore d'un amendement de Michel Canévet.

Les centres de santé constituent un acteur important de l'accès aux soins de premier recours, proposant une offre de soins de prévention pluridisciplinaire que nous connaissons tous.

Leur modèle économique actuel et les problématiques qui lui sont propres font l'objet d'attentions particulières : l'Igas a été missionnée en mars 2023 pour les évaluer.

Le présent amendement tend à proposer que des dispositifs d'aide soient négociés pour ces centres de santé au sein de l'accord national les concernant, prenant en compte les équilibres budgétaires, en attendant la reconnaissance et la valorisation des missions de service public qu'ils remplissent : territorialité, accessibilité financière, soins non programmés et permanence des soins.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 762 rectifié *bis*.

Mme Anne Souyris. Cet amendement, issu d'une proposition de la Mutualité française, vise à doter de dispositifs d'aide les centres de santé, dans le cadre de l'accord conclu entre ceux-ci et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Une question sous-tend cette proposition : souhaitons-nous soutenir ces centres de santé ? Les difficultés financières auxquels ceux-ci font face sont dues à l'inflation, à l'augmentation des coûts d'énergie et des besoins de santé de la population, mais aussi à leur propre dispositif économique, qu'il convient de revoir et d'aider.

Comme vous, je suis régulièrement interpellée, dans le cadre de mon mandat municipal, pour que la Ville de Paris soutienne ce type de modèle, et nous avons mis en place le dispositif Paris Med' à cette fin.

Ces centres sont un maillon essentiel d'une nouvelle organisation de l'offre de soins, plus décentralisée, que nous saluons. Ils ont une autre qualité majeure : en plus d'être publics et, évidemment, en secteur 1, ils permettent un exercice regroupé, de plus en plus demandé, par les médecins et les professionnels de santé comme par les usagers.

Alors que l'hôpital rencontre de nombreux problèmes, il est très important que ces centres puissent être des soutiens effectifs pour lutter contre la désertification médicale et pour contourner l'effet de silo et l'engorgement propres à l'hôpital public.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 967 rectifié.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise également à mieux prendre en compte les spécificités des centres de santé, lesquels sont devenus des acteurs incontournables de l'accès aux soins de premier recours, aux côtés d'autres modes d'exercice libéral, par exemple dans des maisons de santé pluriprofessionnelles. Or nous constatons que ce n'est pas encore le cas.

Une mission de l'Igas est en cours pour examiner la diversité de leurs modèles économiques. J'insiste sur ce point, car nombre d'entre eux sont portés par des collectivités territoriales, qui s'impliquent fortement, tant en matière d'investissements que de fonctionnement, pour répondre aux besoins de la population en soins de premier recours.

La situation actuelle ne saurait se prolonger : nous devons nous pencher rapidement et attentivement sur ce dossier, notamment sur les modes de rémunération des professionnels et sur le soutien à apporter aux collectivités. Beaucoup de choses restent à faire pour reconnaître pleinement l'existence de ce mode d'exercice et son utilité.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Ces amendements visent à apporter aux centres de santé non pas un soutien financier de façon générale, mais une aide particulière, dans le cadre de l'accord national les concernant.

Or ces demandes me semblent satisfaites, car des dispositions existent, qui sont susceptibles de couvrir ce besoin.

Ainsi, les accords nationaux peuvent déjà prévoir une rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ceux-ci peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients souffrant de pathologies cliniques, l'amélioration des pratiques, de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que la formation et l'information des professionnels de santé. Le champ est donc vaste.

En contrepartie de ces missions complémentaires, les centres de santé peuvent voir leurs rémunérations modifiées et percevoir des aides.

En conséquence, l'avis de la commission est défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. En complément des propos du président Mouiller, je précise qu'un accord existe déjà entre l'assurance maladie et les centres de santé. Toutefois, celui-ci ne couvre pas certaines activités spécifiques, non plus que les contraintes particulières de certains centres de santé.

L'expression « centre de santé » peut englober des acteurs privés, qui se lancent dans la fourniture sans limites de soins non programmés. Dans ce contexte, la mission de l'Igas a vocation à établir des typologies précises, sur la base desquelles un nouvel accord conventionnel pourra être élaboré.

Il me semble essentiel de ne pas considérer, avant un examen plus approfondi, que tout ce qui est associé à l'expression « centre de santé » est automatiquement validé. Les possibilités offertes sont déjà très larges ; il ne me semble pas nécessaire de les compléter.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Nous avons déposé un amendement en ce sens, mais il n'a pas été soutenu. Je tiens à souligner l'importance déterminante des centres de santé, qui jouent un rôle clé contre la désertification médicale, bien que je convienne avec vous, monsieur le ministre, qu'il en existe différentes catégories.

Il me paraît essentiel de porter une attention particulière au soutien de ceux que gèrent les communes, les intercommunalités ou les régions, comme c'est le cas dans mon territoire, où l'Occitanie en développe beaucoup, en salariant les médecins, une forme d'exercice qui attire plus qu'auparavant les jeunes médecins.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Exactement !

Mme Émilienne Poumirol. Je tiens donc à insister sur la nécessité de distinguer clairement ces centres de ceux qui sont gérés par d'autres entités. J'ai déjà évoqué le rôle de Ramsay, je n'y reviens pas.

Le rapport de l'Igas devra établir une distinction nette entre les structures à but non lucratif et les autres ; à défaut, nous risquerions d'encourager la marchandisation de la santé et sa financiarisation, ce qui serait inacceptable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 622 rectifié *ter*, 762 rectifié *bis* et 967 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Article 22 bis (nouveau)

- ① L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du 1° du I, après la première occurrence du mot : « à », sont insérés les mots : « la prévention en santé, » ;
- ③ 2° Le 2° du II est complété par un *o* rédigé :

- ④ « o) Les articles L. 2112-1 à L. 2112-10, L. 2311-1 à L. 2311-6, L. 3111-11, L. 3112-2, L. 3121-2, L. 3311-2, L. 3411-9 et L. 6325-1, en tant qu'ils concernent le financement, l'organisation et les compétences de structures œuvrant en faveur de la prévention en santé. »

M. le président. L'amendement n° 257, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

la première occurrence du mot : « à »

par les mots :

le mot : « amélioration »

et les mots :

la prévention

par les mots :

de la prévention

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 257.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 22 *bis*, modifié.

(L'article 22 bis est adopté.)

Article 22 *ter* (nouveau)

Le 2° du I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'assuré social peut également faire l'objet d'un adressage par les professionnels de santé des établissements scolaires, qui en informent le médecin impliqué dans sa prise en charge, dans des conditions définies par décret. »

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris, *Stigmatisation des malades mentaux, psychophobie, manque de moyens en psychiatrie et réforme inefficace du financement de cette spécialité* : le constat est atterrant, et les moyens sont faibles pour soigner la santé mentale des Français.

En 2022, le dispositif Mon soutien psy promettait une avancée majeure vers le remboursement des consultations en santé mentale. Nous avons l'espoir que la santé mentale serait mise au même plan que la santé physique et que la stigmatisation des personnes malades mentales perdrait du terrain devant la prise en charge des troubles psychiques.

En 2024, le constat est désolant. Le dispositif se désintéresse des personnes en grande souffrance mentale, pour prendre en charge seulement des souffrances psychiques d'intensité légère à modérée ; il ne concerne ni les urgences ni les risques suicidaires, dans un pays qui compte près de 10 000 décès par suicide par an...

Nous avons constaté, par exemple, une augmentation de plus de 40 % des tentatives de suicide chez les jeunes à Paris à la suite de la covid-19. Ce problème est tout à fait spécifique.

Les professionnels sont délaissés, et le tarif prévu, fixé à 30 euros la séance, est largement insuffisant pour une profession qui demandait déjà auparavant une revalorisation salariale. Le dispositif comprend huit séances annuelles, d'environ trente minutes chacune, soit seulement quatre heures par an consacrées à la santé mentale.

Seuls 11 % des bénéficiaires relèvent de la complémentaire santé solidaire (CSS), alors que ce dispositif devait s'orienter prioritairement vers les personnes précaires. Il ne compensera ni les sous-effectifs de la psychiatrie ni le manque de considération envers les personnes malades mentales.

Selon l'association Manifestepsy, les 50 millions d'euros de budget dépensés pour cette mesure, qui concerne 0,13 % des Français, auraient pu être injectés dans le service public pour créer 200 postes de psychologues pérennes.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, sur l'article.

M. Olivier Henno. J'ai souhaité intervenir pour dénoncer la dégradation de la psychiatrie. L'article 22 *ter* touche de fait à une vérité profonde : la santé mentale de nos concitoyens se dégrade de manière accélérée, dès la préadolescence, malheureusement.

Il est donc particulièrement judicieux de déceler dans le monde scolaire les besoins de prise en charge de nos plus jeunes concitoyens afin, ainsi, de les aiguiller.

Pour autant, ce dépistage va accroître les besoins de prise en charge des pathologies psychologiques et psychiatriques, alors même que des centaines de milliers d'heures de prise en charge médicale ne sont pas financées et ne sont donc pas disponibles pour ces jeunes patients.

La réforme du financement de la psychiatrie hospitalière, lancée il y a deux ans, n'est en effet toujours pas finalisée. On augmente donc la demande, alors que les capacités de prise en charge médicale de ces pathologies continuent de diminuer.

Cette situation est d'autant plus grave que tous les praticiens s'accordent pour estimer que la prise en charge très précoce d'une pathologie de santé mentale rend celle-ci plus facilement réversible. Au contraire, sa non-prise en charge la transforme pour le patient en pathologie chronique, qui grèvera fortement les budgets sociaux tout au long de sa vie.

Plus de 50 % des arrêts de travail dans notre pays sont liés à des pathologies de santé mentale, dont le traitement est d'autant plus long qu'il est tardif.

Je demande donc la création d'une mission d'évaluation de la réforme, afin de vérifier que l'attribution des budgets publics est adaptée aux enjeux de la santé mentale dans notre pays et que le financement de celle-ci est structurellement assuré pour les prochaines années.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Je partage les préoccupations du Sénat sur ce sujet. Nous aurons l'occasion, dans quelques articles, de renforcer la présence d'infirmiers spécialisés en psychiatrie au sein des services d'urgence et des centres 15, dont l'efficacité est avérée.

Nous devons en effet – je le dis très simplement – reconstruire une gradation de la prise en charge psychiatrique, laquelle ne saurait reposer exclusivement sur les psychiatres, car ceux-ci sont aujourd'hui formés en nombre insuffisant par nos facultés de médecine. Dans le cadre de la négociation conventionnelle avec les médecins, j'ai d'ailleurs demandé en priorité la revalorisation de leurs actes, car ils sont actuellement sous-évalués, à l'instar de ceux des pédiatres.

Pour autant, nous devons inventer de nouvelles formes en la matière. En Gironde, par exemple, un travail remarquable est mené avec les infirmières de pratique avancée en psychiatrie, qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge et le repérage, en coordination avec la médecine scolaire.

S'agissant de l'évaluation du dispositif Mon soutien psy, elle doit être opérée globalement. J'entends les critiques d'Anne Souyris, concernant, notamment, le tarif et l'adressage, mais le dispositif fonctionne mieux que cela dans certaines régions. La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale a procédé à une évaluation rapide, mais une analyse plus globale est nécessaire ; je la lancerai.

Je propose de collaborer étroitement avec les commissions des affaires sociales des deux chambres, pour que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 contienne un axe orienté vers la santé mentale. La nécessité d'une telle approche ressort de tous nos échanges avec les élus locaux ou dans l'espace public.

Nous devons donc inventer cette gradation, qui n'existe pas encore, dans la prise en charge de la santé mentale. Le succès de certains dispositifs, comme les secouristes en santé mentale, qui ont formé 75 000 personnes aux premiers secours en santé mentale en un an, montre combien une telle gradation est indispensable.

Je compte donc en faire un des axes majeurs du PLFSS pour 2025. D'ici là, nous ferons tout ce que nous pourrions pour avancer rapidement.

M. le président. L'amendement n° 258, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Remplacer le mot :

également

par les mots :

, en outre,

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 258.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 862 rectifié, présenté par Mmes Guidez, Sollogoub, Romagny et Devésa, MM. Vanle-
renberghé et Henno et Mme Doineau, est ainsi libellé :

Après le mot :

scolaires

insérer les mots :

travaillant ensemble de manière coordonnée

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement est également rédactionnel. Il vise à préciser que la faculté d'adressage s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonnés, avec une coopération étroite entre, d'une part, les médecins et les personnels de santé scolaires et, d'autre part, les professionnels de santé scolaire et les professionnels de santé de ville.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. La coordination est logique en la matière, mais il est toujours préférable de l'écrire – et plus encore de la mettre en pratique !

J'émet donc un avis favorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je reprends à mon compte tous les mots du président Mouiller.

Le Gouvernement émet également un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 862 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote sur l'article.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le ministre, vous avez évoqué la grande misère de la psychiatrie. Avec notre collègue Jean Sol, j'ai élaboré une proposition de loi relative aux causes de l'irresponsabilité pénale et aux conditions de réalisation de l'expertise en matière pénale, qui concerne également la problématique de la psychiatrie en milieu carcéral, ainsi que les enjeux de radicalisation et de suivi.

Il serait bon que le rapport que vous évoquez aborde également la question de l'irresponsabilité pénale et celle de la psychiatrie en milieu carcéral, qui sont importantes et emportent de multiples conséquences. La psychiatrie liée aux incarcérations et à la radicalisation est également en très grande difficulté.

Je suggère donc que cette problématique soit intégrée dans les travaux que vous mènerez en prévision du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

M. le président. Je mets aux voix l'article 22 *ter*, modifié.

*(L'article 22 *ter* est adopté.)*

Après l'article 22 *ter*

M. le président. L'amendement n° 962 rectifié, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 22 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Par cet amendement, je souhaite avant tout souligner combien il est affligeant de constater l'absence de la question de la santé mentale dans ce PLFSS.

Vous avez indiqué vouloir en faire un axe fort du PLFSS 2025, mais, en la matière, comme dans d'autres domaines, on ne saurait attendre plus longtemps compte tenu de l'urgence de la situation.

Nous le constatons, les structures chargées de la santé mentale, comme les centres médico-psychologiques, sont en grande difficulté, incapables d'accueillir de nouveaux patients, ce qui les contraint à fixer des rendez-vous dans des délais inacceptables; il en va de même des centres médicopsychopédagogiques (CMPP), qui prennent en charge les enfants.

Dans la fonction publique hospitalière, les psychologues commencent leur carrière avec un salaire net de 1 600 euros, soit la rémunération la plus basse à ce niveau de qualification.

Le dispositif Mon parcours psy fait l'objet de très lourdes critiques, voire d'un boycott, de la part des psychologues, qui considèrent qu'il ne répond pas à nos préoccupations communes.

J'ai entendu votre intention de procéder à son évaluation globale. Sans prétendre vous donner de conseil, monsieur le ministre, il me semblerait approprié de prendre langue avec les collectifs de psychologues, qui sont atterrés et désespérés par leur situation. Ils refusent de revenir à une époque où leur profession était auxiliarisée, sans que le titre et la fonction de psychologue clinicien soient pleinement reconnus.

Cet amendement visant à demander un rapport, je sais le sort qui lui sera réservé, mais il nous paraît essentiel d'aborder ce sujet dans le cadre de ce PLFSS.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* Je partage le constat de Mme Brulin concernant la situation actuelle et la nécessité d'agir.

Pour autant, il existe peu de dispositifs, mais dans ce cas, il y en a un. Je ne comprends donc pas sa volonté de le supprimer, même s'il est incomplet: il a au moins le mérite d'exister.

Plus de 140 000 personnes ont été orientées vers Mon parcours psy, et le Gouvernement souhaite aller plus loin dans le PLFSS 2025.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* Je m'interroge sur cet amendement visant à l'abrogation du dispositif; à mon sens, une évaluation eût été plus appropriée.

Il est indéniable que le dispositif existe, bien qu'il soit sujet à des critiques – lesquelles, de mon point de vue, ne sont pas aussi univoques que ce que vous suggérez – et qu'il présente des lacunes.

Concernant les psychologues, le débat principal me semble porter sur l'attractivité de la profession. Or l'exposé des motifs de votre amendement laisse penser que ce système ne serait qu'un cache-misère, visant à renvoyer au secteur privé la prise en charge de la psychiatrie ou de la santé mentale, que l'on entendrait dès lors soustraire au secteur public. Je me dois d'exprimer mon désaccord sur ce point.

Je suis opposé à votre approche tant sur cet aspect que sur l'abrogation du dispositif. J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 962 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

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

Après l'article 22 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Jean Sol.

M. Jean Sol. Je le précise d'emblée, par cet amendement, il est demandé la réalisation, non pas d'un rapport, mais d'une évaluation quantitative et qualitative – je vous rejoins sur ce point, monsieur le ministre – du dispositif Mon soutien psy, qui a été instauré en 2022 et dont le budget pour 2024 s'élève à 170 millions d'euros.

Une évaluation qualitative, quantitative et financière de ce programme pourrait conduire à ajuster son fonctionnement et ses modalités d'accès, afin de donner entière satisfaction aux patients et aux praticiens.

Si des difficultés sont identifiées, la réaffectation d'une partie des crédits alloués à Mon soutien psy permettrait de financer le recrutement de psychologues – ils sont en nombre insuffisant aujourd'hui, vous en conviendrez, monsieur le ministre –, notamment dans les centres médico-psychologiques (CMP) et dans les centres médicopsychopédagogiques (CMPP).

Dans un contexte très difficile pour la santé mentale et au regard du faible nombre de psychiatres et de pédopsychiatres, une telle réaffectation permettrait aussi de revaloriser les salaires et d'améliorer les conditions de travail des psychologues.

M. le président. L'amendement n° 1267 rectifié, présenté par Mme Rossignol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Poumirol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane,

Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 22 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Un an et demi après son instauration, le dispositif Mon soutien psy est au mieux un échec, au pire un gaspillage d'argent public, au détriment d'une prise en charge à la hauteur des besoins des Françaises et des Français en matière de santé mentale.

L'annonce de l'augmentation du budget alloué au dispositif, à hauteur de 170 millions d'euros pour 2024, demeure totalement insuffisante pour remédier aux nombreuses incohérences de ce dispositif.

À ce titre, ni le déploiement d'une enveloppe supplémentaire ni un changement de nom ne suffiront à substituer Mon soutien psy à une réelle prise en charge par la sécurité sociale des consultations de psychologues pour toutes et tous.

Cet amendement vise donc à demander une évaluation – j'ai entendu vos arguments, monsieur le ministre – du dispositif, afin de réorienter les financements de manière plus efficace.

J'ajoute que les maires rencontrent des difficultés croissantes dans le cadre des procédures d'urgence ou d'hospitalisation sans consentement qu'ils doivent engager. Au parcours administratif, qui est complexe, s'ajoute en effet le conditionnement de la procédure à l'intervention d'un médecin, ce qui complique encore les choses.

Les élus, en particulier les maires, sont en première ligne face à tous les désespoirs. Il nous faut donc bâtir des dispositifs de santé mentale adaptés.

M. le président. L'amendement n° 1090 rectifié *bis*, présenté par M. J. M. Arnaud, Mmes Jacquemet et Billon, M. Bleunven, Mme Romagny et MM. Kern, Henno et Laugier, est ainsi libellé :

Après l'article 22 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1256 rectifié, présenté par Mme Le Houerou, MM. Jomier et Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 22 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Comme celui que ma collègue Marion Canalès vient de défendre, le présent amendement vise, non pas à abroger le dispositif, mais à demander un rapport d'évaluation.

Ce rapport doit en particulier évaluer l'opportunité de supprimer l'adressage préalable par un médecin traitant. Cela peut paraître paradoxal, car les psychologues ne sont pas des professionnels de santé, mais la procédure d'adressage constitue un frein à l'accès de nos concitoyens à l'aide psychologique dont ils ont besoin.

J'estime que le rapport doit également intégrer une évaluation du nombre maximal et de la durée des séances prévues dans le dispositif.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il est clair que ce sujet inquiète ! La prise en charge de la santé mentale est en quelque sorte le parent pauvre de notre système de soins. Vous-même semblez partager ce constat, monsieur le ministre.

Un certain nombre de rapports ont déjà été réalisés – vous avez d’ailleurs évoqué un rapport sénatorial, monsieur le ministre.

Si je ne suis pas certain qu’un rapport supplémentaire soit opportun à ce stade – j’appliquerai du reste notre jurisprudence en la matière –, il me paraît nécessaire que la commission des affaires sociales s’empare de ce sujet, qui a trait à la fois à la santé des Français et à l’engagement des collectivités. Nous pourrions ainsi examiner vos propositions pour le PLFSS 2025 en connaissance de cause, monsieur le ministre.

Même si la commission se réserve un droit de suite sur ce sujet à court terme, mon avis est donc défavorable sur ces quatre amendements.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, qui a instauré Mon soutien psy, prévoit la remise au Parlement par le Gouvernement d’un rapport d’évaluation qualitatif et quantitatif de ce dispositif au plus tard au milieu de l’année 2024.

Il nous faudra assumer de tirer le fil jusqu’au bout, en étudiant notamment le profil et la formation des psychologues qui participent à ce dispositif et en se demandant s’il ne serait pas nécessaire de créer des formations de psychologues en pratique avancée, voire de créer un ordre des psychologues.

En tout état de cause, il est temps de nous assurer que la ressource qui existe est effectivement mobilisable. Dans ce cadre, les travaux que la commission des affaires sociales pourrait entreprendre trouveront tout leur sens, en sus du rapport gouvernemental. J’estime que le sujet le mérite.

Quoi qu’il en soit, ces amendements étant satisfaits, j’en demande le retrait. À défaut, j’émettrais un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Ce rapport sera très attendu, mais j’estime qu’il convient aussi d’ouvrir, en concertation avec les psychologues, une réflexion sur le conventionnement. Celui-ci permettrait que les consultations de psychologie soient remboursées comme des consultations médicales.

Le dispositif Mon soutien psy ne permet pas d’apporter un soutien efficace aux personnes les plus précaires. Compte tenu de la recrudescence de la souffrance psychologique que nous observons dans notre société, il me paraît essentiel que, avec le corps des psychologues, nous élaborions des dispositifs adaptés.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure générale.

Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale de la commission des affaires sociales*. Nous avons déjà débattu de ce sujet l’année dernière dans cet hémicycle, lorsque le dispositif a été mis en place, monsieur le ministre.

Nous constatons dans nos territoires la faillite de notre système de soins psychologiques et psychiatriques.

Nous avons donc accueilli ce dispositif avec beaucoup d’attentes, mais aussi un peu de désespoir, parce que celui-ci n’a pas recueilli l’accord de tous les psychologues et que les modalités de son organisation n’étaient pas claires. En d’autres termes, ce dispositif avait certes le mérite d’exister, mais il faut reconnaître que nous en redoutions la faillite.

J’estime que la nécessaire évaluation qui en sera faite devra tenir compte de deux points d’attention.

Le premier a trait au problème crucial que pose la santé mentale des jeunes dans notre société. À ce titre, les maisons des adolescents font un travail formidable, mais elles ne sont pas assez soutenues, alors que leurs carnets de rendez-vous explosent. Il me paraît donc essentiel de renforcer le soutien financier apporté à ces structures.

Le second point d’attention est la nécessité de travailler avec les organisations qui existent dans nos territoires.

Il serait par exemple opportun que les psychologues œuvrent avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) partout où elles existent – je sais que leur généralisation est un projet cher à Agnès Firmin Le Bodo –, car cela permettrait d’intégrer dans leur exercice une approche pluridisciplinaire de proximité et de faire le lien avec le peu de psychiatrie qui demeure implantée dans nos territoires. Nous pourrions ainsi coordonner une véritable politique de prise en charge de la santé mentale.

En tout état de cause, il me paraît essentiel de travailler sur la proximité et de s’appuyer sur les structures existantes.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Pour rebondir sur les propos de Mme la rapporteure générale, si une évaluation du dispositif Mon soutien psy, qui a effectivement le mérite d’exister, conduira peut-être à modifier le temps de consultation pour le porter de trente à quarante-cinq minutes, ou pour augmenter le nombre de séances de huit à neuf, j’estime que ce n’est pas ainsi que nous résoudrons le problème sur lequel nous sommes alertés aujourd’hui.

Les structures existantes – les maisons des adolescents, évoquées par Mme la rapporteure générale, les CMP et les CMPP que j’ai évoqués –, qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité, ont besoin d’être soutenues, car certains de nos concitoyens qui s’adressent à ces structures n’obtiennent de rendez-vous que deux ou trois ans plus tard.

Il n’est déjà pas facile socialement, culturellement et humainement de faire une telle démarche lorsque l’on est en état de souffrance psychologique, mais les personnes qui font cette démarche se voient de plus répondre de revenir deux ou trois ans plus tard. Imaginez les dégâts qu’une telle réponse peut causer, mes chers collègues !

Par ailleurs, de l’avis des psychologues – on peut l’entendre – comme des patients, la procédure d’adressage par un médecin traitant ne fonctionne pas. Au regard du phénomène de désertification médicale que nous connaissons et des 6 millions de Français qui n’ont pas ou plus de médecin traitant, le pragmatisme commande de ne plus conditionner une consultation auprès d’un psychologue à l’adressage par un médecin.

Permettre aux psychologues d’accueillir des patients directement serait aussi une manière de reconnaître leur métier et leur statut de professionnels de santé. Et si tel n’est pas votre avis, mes chers collègues, je suggère que nous en débattions.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 420 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1267 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1090 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1256 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 22 quater (nouveau)

① I. – Le financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est assuré par des forfaits déterminés notamment au regard de la technique de radiothérapie utilisée et des caractéristiques des patients.

② II. – Le I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

M. le président. L'amendement n° 259, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

« Section 13 : Financements dérogatoires de certaines activités de soins

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

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

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

– Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} septembre 2024 le bilan de l'expérimentation relative au financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. L'article 22 quater prévoit d'inscrire le principe du financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie par des forfaits.

Cette pérennisation d'une expérimentation entreprise en 2014, régulièrement sollicitée par les parlementaires, est bienvenue. Il paraît toutefois peu opportun de prévoir une prise en charge pérenne dans une disposition de droit autonome.

Le présent amendement vise donc à codifier la disposition proposée.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 259.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 22 quater, modifié.

(*L'article 22 quater est adopté.*)

Article 23

① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② A. – Au 1^o du A du I de l'article L. 133-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

③ B. – Le chapitre II du titre VI est ainsi modifié :

④ 1^o Au second alinéa du III de l'article L. 162-1-23, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑤ 2^o À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-24, les mots : « relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « au titre des dotations mentionnées au 3^o de l'article L. 162-22-2 » ;

⑥ C. – La section 4 du chapitre II du titre VI est ainsi modifiée :

⑦ 1^o Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑧ 2^o À la première phrase du III de l'article L. 162-16-6, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑨ D. – La section 5 du chapitre II du titre VI est ainsi modifiée :

⑩ 1^o L'article L. 162-20-1 est ainsi modifié :

⑪ a) Aux premier et second alinéas du I et au premier alinéa du III, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;

⑫ b) Au second alinéa du I, les mots : « aux *d* et *e* » sont remplacés par les mots : « au *d* » ;

⑬ c) Au second alinéa du I et au premier alinéa du III, les mots : « au 1^o du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1^o du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;

⑭ d) Au IV, les mots : « à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-23-6 et L. 162-23-6-1 » ;

⑮ e) À la fin du V, les mots : « 1^{er} mars de l'année en cours » sont remplacés par les mots : « 1^{er} janvier de l'année » ;

⑯ 2^o À l'article L. 162-21-2, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;

⑰ 3^o À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3, les mots : « II *bis* de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « II de l'article L. 162-22-3-1 » ;

- 18 4° L'article L. 162-22 est ainsi modifié :
- 19 a) Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :
- 20 « Pour l'application de la présente section, les établissements de santé sont classés selon les catégories suivantes :
- 21 « a) Les établissements publics de santé ;
- 22 « b) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier au 22 juillet 2009 ;
- 23 « c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;
- 24 « d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c du présent article ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;
- 25 « e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.
- 26 « Les activités pour lesquelles les établissements de santé sont autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financées selon les modalités suivantes : » ;
- 27 b) Au 1°, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-2 » ;
- 28 c) Le 4° est ainsi rédigé :
- 29 « 4° Pour les activités de soins médicaux et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-2. » ;
- 30 5° La sous-section 1 est complétée par des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 ainsi rédigés :
- 31 « *Art. L. 162-22-1.* – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés au même article L. 162-22. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes à ces activités au titre des soins dispensés au cours de l'année. Les charges prises en compte dans cet objectif sont définies par décret.
- 32 « Le montant de cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
- 33 « Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions constatées en cours d'année.
- 34 « Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif.
- 35 « *Art. L. 162-22-2.* – Pour les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, les établissements mentionnés aux a à d du même article L. 162-22 sont financés par :
- 36 « 1° Des tarifs afférents aux prestations mentionnées à l'article L. 162-22-3 ;
- 37 « 2° Des dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique, mentionnées à l'article L. 162-22-4 ;
- 38 « 3° Des dotations de financement relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation, mentionnées à l'article L. 162-22-5.
- 39 « *Art. L. 162-22-3.* – Pour leur valorisation, les prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-2 font l'objet de tarifs nationaux.
- 40 « Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, précise :
- 41 « 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. La détermination de ces catégories et de ces prestations tient compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients. Elle est opérée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, la prise en charge des prestations d'hospitalisation est assurée par des forfaits déterminés au regard des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients ;
- 42 « 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- 43 « 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.
- 44 « *Art. L. 162-22-3-1.* – I. – Chaque année, l'État fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et selon les modalités prévues au même article L. 162-22-1, les éléments suivants :
- 45 « 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3, qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;
- 46 « 2° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-3-2.
- 47 « Ces tarifs et ce coefficient prennent effet le 1^{er} janvier de l'année.
- 48 « *I bis.* – Pour la détermination des tarifs et du coefficient prévus au I du présent article, il est tenu compte :

- 49 « 1° De la part de l'objectif de dépenses affectée au financement des dotations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 et des charges afférentes aux spécialités pharmaceutiques, aux produits et aux prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7;
- 50 « 2° Des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, qui peuvent être effectuées notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique;
- 51 « 3° Le cas échéant, des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du même code, pour déterminer en tout ou partie les tarifs nationaux des prestations.
- 52 « II. – Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 du présent code et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1, l'État peut, après consultation du comité économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-1. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégorie d'établissements et par tarif de prestations.
- 53 « III. – Un décret détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- 54 « IV. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'État.
- 55 « Art. L. 162-22-3-2. – I. – Les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception des forfaits et suppléments mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.
- 56 « II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.
- 57 « Art. L. 162-22-3-3. – L'État fixe, dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 et conformément aux modalités prévues au même article L. 162-22-1, le coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1, à l'exception des forfaits et suppléments mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2, pour les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.
- 58 « Ces coefficients prennent effet le 1^{er} janvier de l'année en cours.
- 59 « Art. L. 162-22-4. – Les dotations relatives aux objectifs territoriaux et nationaux de santé publique mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement des actions visant à promouvoir, à protéger et à améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou des actions visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins. Elles comprennent notamment les financements définis à l'article L. 162-22-7-4, au 3° de l'article L. 162-22-8-2 et à l'article L. 162-23-15 ainsi que ceux inscrits aux contrats prévus à l'article L. 162-30-2.
- 60 « Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État.
- 61 « Art. L. 162-22-5. – Les dotations mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-2 concourent au financement :
- 62 « 1° De missions spécifiques à certains établissements, notamment de recherche, de formation et d'innovation ;
- 63 « 2° D'actions tendant à l'atteinte des objectifs inscrits dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, mentionnés à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique ;
- 64 « 3° Des prises en charge mentionnées aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-5-3 et au 1° de l'article L. 162-22-8-2.
- 65 « Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, définit la liste des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation de ces dotations. Un décret fixe les modalités de leur allocation par l'autorité compétente de l'État. » ;
- 66 6° L'article L. 162-22-6 est abrogé ;
- 67 7° L'article L. 162-22-6-2 devient l'article L. 162-22-5-1 et les deux occurrences de la référence : « L. 162-22-6 » sont remplacées par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 68 8° Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :
- 69 a) À la première phrase et à la fin de la seconde phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 70 b) À la première phrase, après les mots : « même article », est insérée la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 71 9° À la fin de l'article L. 162-22-7-3, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 72 10° L'article L. 162-22-8 devient l'article L. 162-22-5-2 et la première phrase est ainsi modifiée :
- 73 a) Au début, les mots : « Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, » sont supprimés ;

- 74) *b)* Les mots : « de l'article L. 162-22-6 et » sont remplacés par les mots : « du même article L. 162-22, lorsqu'elles font l'objet de sujétions spécifiques qui ne peuvent être prises en compte par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 ou » ;
- 75) 11° L'article L. 162-22-8-1 devient l'article L. 162-22-5-3 et le premier alinéa est ainsi modifié :
- 76) *a)* À la première phrase, les mots : « selon des modalités dérogatoires aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « par des forfaits » ;
- 77) *b)* À la seconde phrase, le mot : « dérogatoires » est supprimé ;
- 78) 12° L'article L. 162-22-8-2 est ainsi modifié :
- 79) *a)* Au premier alinéa, au début, les mots : « Par dérogation à l'article L. 162-22-6, » sont supprimés et la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 80) *b)* La seconde phrase du premier alinéa du 1° est supprimée ;
- 81) *c)* Le premier alinéa du 2° est ainsi rédigé :
- 82) « 2° Des tarifs de prestation, fixés dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1. » ;
- 83) *d)* Au second alinéa du même 2°, les mots : « du même article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 » ;
- 84) 13° Les articles L. 162-22-8-3, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 et L. 162-22-12 à L. 162-22-14 sont abrogés ;
- 85) 14° L'article L. 162-22-11-1 est ainsi modifié :
- 86) *a)* Au 1°, les mots : « au I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au 1° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;
- 87) *b)* Au 2°, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 88) 15° L'article L. 162-22-15 est ainsi modifié :
- 89) *a)* Au premier alinéa, les mots : « L. 162-22-6-2, L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » et la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 90) *b)* Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 91) « Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire, le montant des dotations et des forfaits mentionnés au premier alinéa du présent article peut être versé directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application de l'article L. 174-2 ou de l'article L. 174-18, selon le cas. » ;
- 92) 16° L'article L. 162-22-18 est ainsi modifié :
- 93) *a)* À la fin de la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;
- 94) *b)* Au premier alinéa du III, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 95) *c)* Il est ajouté un V ainsi rédigé :
- 96) « V. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22 sont fixés par l'État. » ;
- 97) 17° L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :
- 98) *a)* Au premier alinéa du I, les mots : « à l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;
- 99) *b)* Au 4° du I, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-5 » ;
- 100) *c)* À la fin du 4° du II, la référence : « L. 162-22-14 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5 » ;
- 101) 18° À la fin de la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-23, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;
- 102) 19° À l'article L. 162-23-3, les mots : « à l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « au même article L. 162-22 » ;
- 103) 20° Au premier alinéa de l'article L. 162-23-13, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 104) 21° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-23-13-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 105) 22° L'article L. 162-23-14 est abrogé ;
- 106) 23° L'article L. 162-23-15 est ainsi modifié :
- 107) *a)* À la fin de la première phrase du I, les mots : « , mesurés tous les ans par établissement » sont supprimés ;
- 108) *b)* À la troisième phrase du premier alinéa du II, les mots : « pendant trois années » sont remplacés par les mots : « sur trois mesures de résultat » ;
- 109) *c)* Au quatrième alinéa du même II, le mot : « année » est remplacé par les mots : « mesure de résultat » et les mots : « pendant trois années » sont remplacés par les mots : « sur trois mesures de résultat » ;
- 110) *d)* Au premier alinéa du III, le mot : « annuellement » est supprimé ;
- 111) *e)* Au dernier alinéa du III, au début, les mots : « Avant le 31 décembre de chaque année, » sont supprimés et, après le mot : « soins, », sont insérés les mots : « détermine la période au cours de laquelle est recueilli chaque indicateur, qui ne peut être inférieure à un an, » ;
- 112) 24° Le I de l'article L. 162-23-16 est ainsi modifié :
- 113) *a)* À la première phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 114) *b)* À la deuxième phrase, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 115) 25° L'article L. 162-25 est ainsi modifié :
- 116) *a)* À la première phrase du premier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 117) *b)* Le second alinéa est ainsi rédigé :

- 118 « Dans les cas où un établissement de santé mentionné à l'article L. 162-22 du présent code fait face à un événement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être majoré proportionnellement à la durée et, le cas échéant, à l'intensité de l'incidence qu'a cet événement sur la transmission des informations. Cette majoration, qui ne peut dépasser une période d'un an, est décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé en tenant compte des causes de l'événement. » ;
- 119 26° L'article L. 162-26-1 est ainsi modifié :
- 120 a) Aux premier et second alinéas, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 121 b) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'article L. 162-22-5-1, ces honoraires ne peuvent pas être facturés. » ;
- 122 27° L'article L. 162-30-4 est ainsi modifié :
- 123 a) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « relevant du 2° de l'article L. 162-22-2 » ;
- 124 b) À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « fonds d'intervention régional » sont remplacés par les mots : « montant de l'enveloppe régionale au titre des dotations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-2 du présent code » ;
- 125 E. – Le *a* du 1° du II de l'article L. 162-31-1 est ainsi modifié :
- 126 1° Les références : « L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-8, L. 162-22-8-1, L. 162-22-8-3, L. 162-22-10, » sont remplacées par les références : « L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 162-22-5-3 » ;
- 127 2° Les références : « L. 162-22-13, L. 162-22-14, » sont supprimées ;
- 128 3° Après la référence : « L. 162-22-3-1, », sont insérées les références : « L. 162-22-4, L. 162-22-5, » ;
- 129 F. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre V du titre VI est ainsi modifiée :
- 130 1° L'article L. 165-7 est ainsi modifié :
- 131 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-3 » ;
- 132 b) Au dernier alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 133 2° L'article L. 165-11 est ainsi modifié :
- 134 a) Au I, la première occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » et la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 135 b) Au premier alinéa du II, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 136 G. – Au premier alinéa de l'article L. 174-2-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 137 H. – La section 8 du chapitre IV du titre VII est ainsi modifiée :
- 138 1° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 139 a) Au premier alinéa, les références : « L. 162-22-6, L. 162-22-6-1, L. 162-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8, L. 162-22-8-2, L. 162-22-8-3, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-2, L. 162-22-3, L. 162-22-3-1, L. 162-22-3-2, L. 162-22-3-3, L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2, L. 167-22-7, L. 162-22-7-3, L. 162-22-8-2 » ;
- 140 b) Le même premier alinéa, dans sa rédaction résultant du *a* du présent 1°, est ainsi modifié :
- 141 – après la référence : « L. 162-22-3-3 », sont insérées les références : « L. 162-22-4, L. 162-22-5, » ;
- 142 – les références : « L. 162-22-13, L. 162-22-14, » sont supprimées ;
- 143 c) Au cinquième alinéa, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » et les mots : « de l'article L. 162-22 » sont remplacés par les mots : « du même article L. 162-22 » ;
- 144 d) À la fin du huitième alinéa, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;
- 145 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-18, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 ».
- 146 II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 147 1° Au premier alinéa de l'article L. 1111-3-4, les mots : « publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22 » et les mots : « au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1 » ;
- 148 2° Au 1° du III de l'article L. 1121-16-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 149 3° Au 1° du III des articles L. 1125-15 et L. 1126-14, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 150 4° Au second alinéa du II de l'article L. 1434-8, la référence : « L. 162-22-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-1 » ;
- 151 5° Au troisième alinéa de l'article L. 1435-4, les mots : « la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « les dotations mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;
- 152 6° Au premier alinéa et au 2° de l'article L. 6111-4, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 153 7° À l'article L. 6113-9 et au premier alinéa de l'article L. 6113-11, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 154 8° Au dernier alinéa de l'article L. 6114-2, les mots : « la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « les dotations prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;

- 155 9° La première phrase de l'article L. 6114-4 est ainsi rédigée : « Pour les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-3 dans le respect des articles L. 162-22-3-1 à L. 162-22-3-3 du même code. » ;
- 156 10° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6131-2, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;
- 157 11° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6131-5 est ainsi rédigée : « Il peut réduire en conséquence le montant des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-19, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale. » ;
- 158 12° Au II de l'article L. 6132-5, les mots : « régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;
- 159 13° À l'article L. 6133-2-1, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3 » ;
- 160 14° L'article L. 6133-6 est ainsi modifié :
- 161 *a)* Au troisième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les mots : « de santé mentionnés aux *a* à *c* de l'article L. 162-22 » ;
- 162 *b)* À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, la seconde occurrence de la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 163 15° À la première phrase des troisième, avant-dernier et dernier alinéas de l'article L. 6133-8, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » ;
- 164 16° Au dernier alinéa de l'article L. 6141-5, les mots : « à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;
- 165 17° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6144-1, les mots : « de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;
- 166 18° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :
- 167 *a)* La référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;
- 168 *b)* La référence : « L. 162-22-8 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-5-2 » ;
- 169 *c)* Les mots : « de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-5 » ;
- 170 19° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :
- 171 *a)* Au premier alinéa, la référence : « L. 162-22-10 » est remplacée par la référence : « L. 162-22-3-1 » ;
- 172 *b)* Au 1°, les mots : « à 3° du I de l'article L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « et 2° du I de l'article L. 162-22-3-1 » ;
- 173 *c)* Au 2°, les mots : « de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 » sont remplacés par les mots : « des dotations mentionnées aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 » ;
- 174 20° Au second alinéa du II de l'article L. 6161-2-2, les mots : « régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article L. 162-22-4 » ;
- 175 21° À l'article L. 6161-3-1 et à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6161-9, la référence : « L. 162-22-6 » est remplacée par la référence : « L. 162-22 » .
- 176 III. – Le VI de l'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :
- 177 1° Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :
- 178 « 1° À compter du 1^{er} janvier 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° du même article L. 162-22 et pour l'ensemble des établissements mentionnés audit article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 2° du même article L. 162-22 ;
- 179 « 2° À compter du 1^{er} juillet 2023 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, pour les établissements mentionnés au même article L. 162-22 exerçant des activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22. » ;
- 180 2° À la fin de la seconde phrase du septième alinéa, les mots : « 28 février 2025 et, pour l'année 2025, à compter du 1^{er} mars jusqu'au 28 février 2026 » sont remplacés par les mots : « 29 février 2024 et, pour les années 2024 et 2025, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours » .
- 181 IV. – L'article 57 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 est abrogé.
- 182 V. – Le dernier alinéa de l'article 44 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :
- 183 1° La première phrase est ainsi modifiée :
- 184 *a)* La date : « 31 décembre 2023 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2025 » ;
- 185 *b)* Les mots : « aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-22-3 » ;
- 186 2° À la seconde phrase, après le mot : « détermination », sont insérés les mots : « du périmètre et » .
- 187 VI. – Dans l'ensemble des textes législatifs, les références faites aux établissements mentionnés aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacées par des références aux établissements mentionnés respectivement aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22 du même code.
- 188 VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024, sous réserve des dispositions suivantes :

- 189 1° Prennent effet au 1^{er} janvier 2025 :
- 190 a) Le 2° du B du I ;
- 191 b) Les 2° et 3° de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;
- 192 c) Le 1° du I *bis* de l'article L. 162-22-3-1, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;
- 193 d) Les articles L. 162-22-4 et L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ;
- 194 e) L'abrogation des articles L. 162-22-12 à L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale résultant du 13° du D du I du présent article ;
- 195 f) Le 15°, les *b* et *c* du 17° et le 27° du D, les 2° et 3° du E et le *b* du 1° du H du I ;
- 196 g) Les 5°, 8°, 10° à 12°, 16° et 17°, le *c* des 18° et 19° et le 20° du II ;
- 197 2° Pour l'année 2024 :
- 198 a) À l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale, les références aux articles L. 162-22-6-2, L. 162-22-8 et L. 162-22-9-1 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22-5-1, L. 162-22-5-2 et L. 162-22-3-2 ;
- 199 b) À l'article L. 162-22-15 du même code, les références aux articles L. 162-22-6, L. 162-22-6-2 et L. 162-22-8 sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 162-22, L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 ;
- 200 c) Les modalités de détermination du montant des forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-5-1 et L. 162-22-5-2 dudit code sont fixées par l'État dans le respect du montant de l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 162-22-1 du même code et conformément aux modalités prévues au même article L. 162-22-1. À cette fin, il est tenu compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;
- 201 3° L'objectif de dépenses défini à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article ne comprend pas, pour l'année 2024, les dépenses couvertes par l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi ;
- 202 4° Jusqu'au 31 décembre 2025, par dérogation aux articles L. 162-20-1, L. 162-22-3-1 et L. 162-22-3-3 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction résultant des 1° et 5° du D du I du présent article, les tarifs et les coefficients mentionnés aux mêmes articles L. 162-20-1, L. 162-22-3-1 et L. 162-22-3-3 prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours ;
- 203 5° (*nouveau*) La dernière phrase du 1° de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du 5° du D du I du présent article, entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2026.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le ministre, mes chers collègues, permettez-moi, en amont de la discussion de cet article, de faire ce que l'on pourrait appeler un point de méthode concernant la réforme du financement de l'hôpital pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie, dites activités MCO, dont le coût s'élève à pas moins de 78 milliards d'euros.

Le Gouvernement propose une réforme dont le principe nous convient. La commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, dont Catherine Deroche était le rapporteur l'an passé, avait recommandé l'adoption d'un modèle fondé sur trois piliers. Les « compartiments » prévus à l'article 23 correspondent peu ou prou à ce que le Sénat souhaitait.

En fait, nous avons une difficulté, non pas avec le schéma retenu, mais avec sa mise en œuvre.

Sur ce point, nous ne pouvons pas adhérer à la démarche. L'étude d'impact du projet de loi, pour le moins laconique, se borne à indiquer un calendrier sommaire de mise en œuvre étalée. Elle ne comporte aucune précision sur le champ des activités qui vont voir leur financement évoluer. *Quid*, par exemple, des maternités ou de la pédiatrie ? *Quid* de la gériatrie ?

La seule finalité revendiquée de la réforme est de réduire la part de la tarification à l'acte (T2A), ce qui ne peut être une fin en soi.

La Cour des comptes appelait récemment, comme la commission d'enquête l'an dernier, à ne pas minorer le rôle de la T2A. Il convient à notre sens d'examiner l'objectif fixé activité par activité. Une réforme du financement doit soutenir une stratégie d'offres de soins, et non l'inverse.

L'étude d'impact ne dit rien non plus ni sur le coût de la réforme – c'est tout de même un comble pour un projet de loi de financement – ni sur son impact financier pour les établissements eux-mêmes. Vous avez indiqué devant la commission qu'il y aurait des gagnants et des perdants, mais sans préciser lesquels, monsieur le ministre. Nous, nous voulons savoir !

Pendant dix ans, nous avons dû revoir presque chaque année les dispositifs introduits par les réformes de la psychiatrie et des soins médicaux de suite et de réadaptation (SSR). Ces réformes ont aussi montré les difficultés rencontrées par le Gouvernement pour produire des simulations des effets redistributifs de ces réformes.

Telles sont les raisons pour lesquelles la commission propose de préciser le dispositif et d'en réaliser une véritable évaluation avant d'envisager sa mise en œuvre générale.

Vous précipitez une réforme pour satisfaire aux annonces faites par le Président de la République. Soyons humbles, monsieur le ministre, avançons de manière sérieuse, ordonnée et sécurisée. L'hôpital le mérite.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, sur l'article.

M. Alain Milon. La sortie du « tout T2A », présentée comme une idée majeure, ne signifie pas grand-chose.

Nous n'avons en effet jamais été dans un système « tout T2A », la part liée à l'activité n'ayant représenté dans les premières années que les deux tiers des ressources des établissements. Cette part a diminué au fur et à mesure que les dépenses liées aux listes en sus et aux missions d'intérêt

général et d'aides à la contractualisation (Migac) augmentaient, pour s'établir à 59 % en 2019, la cible étant de 49 % en 2026.

Depuis 2020, les établissements sont de plus placés hors T2A du fait de la mise en place de la garantie de financement et de la sécurisation modulée à l'activité.

Les trois compartiments de financement proposés se décomposent ainsi : un financement à l'activité, des dotations pour des missions spécifiques – missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (Merri), aide à la contractualisation, forfait annuel, dotation populationnelle, urgences – et un groupe de dotations sur objectifs de santé publique recyclant les missions d'intérêt général (MIG) et les fonds d'intervention régionaux (FIR) avec un financement issu des programmes d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) et du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques), avec de nouveaux objectifs de santé publique territoriaux qui, honnêtement, sont incertains.

En somme, monsieur le ministre, on reconduit ce qui existe déjà, en lui donnant une autre dénomination.

L'échelle tarifaire doit être revue. Les écarts entre les grilles de coûts et les grilles tarifaires ont été identifiés depuis longtemps sans être résorbés. Il est donc à mon avis inutile de mener des travaux supplémentaires. La Cour des comptes a signalé récemment le cas de la gynécologie-obstétrique, qui semble la plus défavorisée.

Les nouveautés se trouvent dans les dotations non programmables pour soins critiques. Le principe est d'allouer des financements mixtes, constitués d'un socle fixe et d'une part à l'activité, comme le modèle T2A le prévoit depuis sa création en 2004.

Monsieur le ministre, même si ces propositions de répartition dites nouvelles peuvent intéresser les établissements hospitaliers, vous conviendrez que le problème essentiel est celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Si vous dotez correctement les soins critiques, sur quelle activité ces montants seront-ils prélevés ?

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 23 est l'une des dispositions essentielles de ce PLFSS, puisqu'il applique l'engagement, pris par le Président de la République en 2017, en 2018 et de nouveau cette année, de réformer la T2A.

La T2A représente actuellement 76 % du financement des actes de médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie. En 2018, le Gouvernement avait pourtant annoncé sa volonté de plafonner à 50 % la part de la T2A dans le financement des établissements.

La question que je me pose est la suivante : la sortie de la T2A va-t-elle se poursuivre, ou allons-nous-en rester à cette portion de tarification à l'activité qui baisse seulement de 57 % à 49 % ? Si cette seconde option était retenue, cela ne pourrait s'apparenter à une sortie de la T2A, ni même à une diversification des modes de financement de la santé.

Pour notre part, nous pensons que le financement de l'hôpital passe par la fin des enveloppes fermées, une vision pluriannuelle des budgets de fonctionnement et une prise en compte de l'activité pondérée aux missions de santé et aux besoins des publics.

Avec l'article 23, nous en sommes, hélas ! encore loin.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. Permettez-moi à mon tour de présenter la position du groupe socialiste sur l'article 23.

La question de l'Ondam est essentielle – Alain Milon l'a rappelé. Mais l'Ondam étant ce qu'il est, il nous faut bien déterminer les modalités de répartition du financement des hôpitaux.

Notre groupe a maintes fois réclamé une diminution de la part de la T2A, non pas par plaisir, mais pour faire en sorte que la T2A finance ce qu'il est utile qu'elle finance. Nous avons désormais l'expérience de différents modèles de financement – le prix de journée avant 1983, la dotation globale et un financement majoritairement par la T2A.

S'il n'y a pas de système parfait, il importe de tirer des leçons des évolutions. En l'occurrence, il convient de réserver la T2A aux activités programmées et standardisées.

L'article 23 que nous présente le Gouvernement va bien dans ce sens. Nous l'accueillons donc positivement. Nous ne partageons pas la position de la commission, qui entend reporter le calendrier.

Cette réforme complexe s'étalera sur des années, et il y aura effectivement des gagnants et des perdants. Il faut que les gagnants soient ceux qui le méritent et que les perdants soient ceux qui, actuellement, se sont lancés dans une course à l'activité, qui est une dérive de la T2A, au prix, parfois, de l'efficacité et de la pertinence des soins.

Pour notre part, nous sommes prêts à discuter de façon ouverte avec le Gouvernement pour faire avancer cette réforme.

À l'Assemblée nationale, Mme la rapporteure générale a introduit le financement par forfait de la dialyse. Nous soutenons cet ajout à la suite de l'article 22 *ter* sur le financement des forfaits de radiothérapie dans le cadre du traitement contre le cancer. C'est un bon exemple de la manière dont nous abordons ce débat.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Nous abordons l'un des articles les plus importants de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Contrairement à ce que j'ai entendu, il n'est pas seulement le décalque d'une volonté présidentielle. Sur toutes les travées de cet hémicycle comme de l'Assemblée nationale, le « tout T2A » – même si, comme l'a indiqué le sénateur Milon, il n'a jamais réellement existé – a fait l'objet de critiques nombreuses et très documentées.

Contrairement à une approche que nous avons pu défendre dans le passé et contrairement à ce que certains ont cru comprendre des annonces du Président de la République, le changement que le Gouvernement présente n'a pas pour objet d'instaurer un modèle en vertu duquel la part de T2A dans le financement de chaque établissement de France serait fixée à 48 %, le pourcentage d'activités de santé publique à X et le pourcentage des activités spécifiques de recours à Y.

Comme l'a indiqué Bernard Jomier à l'instant, il s'agit de réserver la T2A aux activités qui s'y prêtent. Pour une clinique de chirurgie qui ne fait que de la prothèse de hanche, la T2A reste le meilleur système de financement.

Par ailleurs, et vous le savez mieux que moi, tant vous êtes experts en la matière, mesdames, messieurs les sénateurs, la dotation globale ou le budget global privilégient les acteurs qui sont les plus puissants vis-à-vis du ministère, les autres acteurs, qui sont dans un angle mort du soutien politique, si j'ose dire, faisant office de variable d'ajustement.

Nous souhaitons au contraire que la rémunération dépende de l'activité, de sorte que le *case-mix* de tarification corresponde au *case-mix* de l'activité.

Nous souhaitons notamment, monsieur le sénateur Milon, que les Migac ne soient plus utilisées comme une variable d'ajustement permettant d'aider quelques grands centres hospitaliers universitaires (CHU) à faire face.

Pour ma part, je défends la cohérence des trois briques que constituent l'activité, les activités de santé publique et les activités spécifiques de recours. J'ai du reste mentionné, et ce n'est pas un hasard, ces trois mêmes briques dans la lettre de cadrage que j'ai adressée à l'assurance maladie pour la négociation conventionnelle avec les médecins, car je crois que c'est au fond le même sujet.

Contrairement à ce que vous avancez, monsieur le président de la commission, cette réforme ne sort pas de nulle part. Nous avons bien entendu mené de longues concertations avec les fédérations hospitalières. Et, à rebours de ce que propose Mme la rapporteure Imbert par l'amendement n° 260, je crois que, une fois que nous nous sommes assurés d'avoir un parachute, il faut sauter.

J'estime pour ma part qu'une expérimentation par région n'est ni pertinente au regard du fonctionnement de notre système de santé ni conforme au principe de solidarité nationale. En effet, comment régler le cas d'un malade résidant à Alès qui serait suivi pour un cancer à l'Institut Gustave-Roussy (IGR)? Comment prendre en compte le rôle de recours de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)? Cela suppose un système très complexe.

Nous disposons de deux ans pour appliquer cette réforme de manière progressive, avant sa généralisation en 2026, et, dans l'intervalle, nous réaliserons des simulations très régulièrement avec les fédérations.

Il n'existe pas de mode de tarification miraculeux. Si les autres pays ne l'avaient pas trouvé, le génie français l'aurait fait! (*Sourires.*)

Vous avez cité les cas des SSR et de la psychiatrie, monsieur le président de la commission. Il est exact que, depuis maintenant dix ans, nous modifions chaque année les dispositifs, car ce que nous prenons d'un côté est perdu de l'autre.

Ma philosophie, dont je conviens qu'elle est plus rustique, consiste à entreprendre la réforme tout en nous donnant deux ans pour corriger d'éventuelles anomalies, qu'elles soient structurelles ou conjoncturelles, en apportant de nouveaux financements. Il peut en effet arriver qu'un établissement joue un rôle particulier dans un département, ou que sa patientèle soit particulière.

Je suis convaincu que cette philosophie est la bonne, car les établissements de santé n'auront plus à craindre de financer des activités essentielles, telles que la prise en charge des femmes victimes de violences – il faut aujourd'hui avoir fait Polytechnique pour remplir une fiche MIG! –, ni de s'engager en matière de santé publique dans des campagnes de prévention ou d'aller vers.

Il importe à mes yeux que tous les établissements qui en ont la possibilité puissent être des établissements de recours.

Cette réforme ne résoudra certes pas tous les problèmes d'un coup de baguette magique, mais j'estime que la reporter au profit d'une expérimentation n'est pas nécessairement la méthode adéquate pour construire le meilleur système.

Ces trois piliers et cette méthode sont solides; ils ont été validés par les fédérations, avec lesquelles nous travaillons depuis dix mois. Si elles étaient vent debout contre cette réforme, sans doute en auriez-vous entendu parler, monsieur le président de la commission.

Nous avons devant nous un important chantier. Le chemin n'est pas pavé de roses, mais il nous permettra de mettre en œuvre une réforme de la T2A qui ne sera pas seulement quantitative.

M. le président. L'amendement n° 260, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé:

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

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

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

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

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Par le présent amendement, nous proposons, comme je l'ai indiqué précédemment, de procéder dans un premier temps à une expérimentation.

Permettez-moi de revenir sur la méthode, monsieur le ministre. J'entends que vous avez travaillé et documenté cette réforme. Je comprends aussi les précautions que vous prenez.

Au fond, vous nous proposez de modifier la loi tout de suite pour y déroger demain matin, car on ne sera pas en mesure de l'appliquer et, éventuellement, de revenir en arrière, ou du moins de changer la loi dans deux ans si cela ne va pas.

Nous vous proposons pour notre part de mener les mêmes travaux, en nous accordant un temps d'analyse et d'évaluation de trois ans, voire de deux ans, afin d'inscrire la réforme dans le dur de la loi et de l'appliquer quand elle sera prête. Vous conviendrez que ce serait tout de même plus rassurant pour les acteurs.

Vous indiquez que les fédérations ne sont pas vent debout. Certes, mais le sont-elles jamais quand il est question de financement des hôpitaux ? Généralement, elles s'efforcent plutôt de se faire bien voir...

Je puis vous dire que les fédérations sont très inquiètes de l'évolution qui est attendue. Leurs membres redoutent un fonctionnement en enveloppes fermées, qui n'incitera pas les acteurs à se dévoiler, puisqu'ils ne savent pas s'ils seront gagnants ou perdants.

Si les établissements publics étaient assez favorables à cette réforme, ils se demandent désormais si, comme c'est déjà arrivé dans le passé, ils ne vont pas être perdants.

Les règles du jeu ne sont pas connues, monsieur le ministre. Pourtant, le Gouvernement inscrit dès aujourd'hui cette réforme dans le dur de la loi. Nous sommes prêts à accompagner ces évolutions, mais il y a vraiment un problème de méthode, monsieur le ministre : le rôle du Parlement n'est pas d'expérimenter des idées immédiatement inscrites dans la loi.

Il faut d'abord tester les réformes, puis, une fois que nous sommes convaincus de leur bien-fondé, les graver dans le dur de la loi.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Monsieur le président de la commission, mon point de vue est le négatif du vôtre, au sens photographique du terme !

Lorsque je suis entré en fonction, je me suis d'abord fait la même réflexion que vous. L'article ne modifie que la partie législative du code de la santé publique, celle dont les articles sont précédés de la lettre « L ». Or expérimenter la tarification des hôpitaux au moyen de modifications de la partie législative du code sans l'aval du Parlement pose question.

En ce qui concerne la méthode, je préfère toutefois d'abord poser les trois piliers du nouveau modèle et montrer toutes les modifications législatives que cette réforme implique, puis vous rendre régulièrement des comptes sur son suivi jusqu'en 2026, plutôt que de demander à mes services de tester, en vase clos avec les fédérations hospitalières, des éléments structurants du mode de financement de l'hôpital.

J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. J'entends les remarques du président de la commission, et je partage certaines de ses réserves : cette réforme échappera en grande partie au législateur.

En réalité, c'est le détail de cette réforme qui en fera ou non la réussite. (*Mme Émilienne Poumirol approuve.*) Or on ne nous demande pas de choisir les indicateurs retenus, qui déterminent pourtant la qualité de la réforme et la possibilité d'atteindre ses objectifs.

Cependant, l'amendement de la commission tend à tout reporter à 2028 ! Quel message cela revient-il à envoyer aux hôpitaux, qui réclament unanimement de revenir sur la T2A ? Il n'y a pas de débat entre nous : je ne suis pas pour supprimer totalement cette tarification ; je suis d'accord avec Alain Milon sur ce point.

En 2023, nous disons aux hôpitaux que la réforme se fera en 2028. Nous passons un temps infini à changer les processus, ce qui est normal, car cette réforme est complexe. Mais, alors que cette réforme sera longue, la commission veut encore allonger le calendrier.

Selon l'objet de l'amendement n° 260, la réforme serait « précipitée ». Non, nous ne partageons pas ce point de vue. Il y aurait une forme de sagesse à conserver le calendrier proposé par le Gouvernement et à retirer cet amendement. La commission a soulevé des éléments intéressants, mais, de grâce, ne reportons pas cette réforme de manière excessive.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Nous ne souhaitons pas non plus repousser la date de ces changements, même s'ils sont très modestes, auxquels nous sommes favorables. S'il ne faut pas retarder cette échéance, c'est parce que de nombreux acteurs demandent depuis très longtemps que l'on réforme le financement de l'hôpital et que l'on diminue la part de la T2A, voire que cette dernière soit entièrement supprimée.

En revanche, je rejoins le président de la commission sur l'une de ses remarques : cette réforme est prévue à enveloppe constante.

Si la situation de l'hôpital était confortable, ou du moins acceptable, cela pourrait s'entendre, et les acteurs n'y verraient pas l'ombre d'un problème. Mais, tout le monde le sait, la moitié des hôpitaux sont en déficit et toutes les professions médicales connaissent de tels problèmes d'activité que des services doivent fermer et que l'on ne peut pas ouvrir le nombre de lits nécessaire.

Comment demander aux hôpitaux de conduire une telle réforme, si modeste soit-elle, dans ces conditions ? Alors que cela mériterait que l'on étudie leurs moyens, vous leur demandez de faire 500 millions d'euros d'économies supplémentaires.

Lorsque les mesures du Ségur ont été présentées, il me semblait que le peu d'argent mis sur la table donnerait de l'air et que, même si cela ne les rendait pas euphoriques, les professions médicales profiteraient d'une bouffée d'oxygène.

Ce n'est pas ce qui s'est passé : il y a eu tellement d'oubliés... Je n'ai jamais vu de prime susciter autant de mécontentements ! Cette réforme, même modeste, est tout de même attendue. Mais, si elle se fait à enveloppe constante, elle mécontentera de nouveau tout le monde.

Il faut faire un geste, monsieur le ministre !

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

M. Alain Milon. Je prie le président de la commission de m'excuser, mais je ne voterai pas non plus le report de cette réforme, qui me semble extrêmement intéressante, même si elle n'est pas complètement finalisée.

Monsieur le ministre, quelques éléments de votre intervention méritent d'être développés, notamment la proximité de la réforme et l'individualité des établissements. Si nous allions dans cette direction, cette réforme deviendrait passionnante. Mais, monsieur le ministre – parce qu'il y a un « mais » –, une telle transformation ne pourra être menée que si elle est accompagnée d'une révision très approfondie du financement de la santé en France.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure générale.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Nous sommes tous d'accord pour dresser le constat que l'hôpital va mal, quand bien même nous connaissons quelques établissements qui se portent bien.

Nous avons tous entendu que la T2A n'était pas le mode de financement le plus judicieux des hôpitaux, même si elle ne représente pas l'intégralité des ressources des établissements.

Monsieur le ministre, au travers de cet article, vous proposez de changer la part de financement de la T2A. Nous sommes tous d'accord : il faut améliorer les financements liés à la qualité des soins ou aux objectifs de santé publique, favoriser les dispositifs de coordination ou d'autres liés à la prise en charge des situations aiguës, auxquels se rattachent les forfaits supplémentaires.

Toutefois, les choses ne me semblent pas aussi simples. Il manque plusieurs éléments dans cette réforme.

Nous regrettons l'absence de réflexion sur l'investissement dans les hôpitaux. Le rapport de la Cour des comptes sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire signale que, avant même la crise, la situation financière des hôpitaux était déjà difficile, en raison des lourds investissements réalisés auparavant.

Pendant la crise, la garantie de financement a représenté une bulle d'oxygène pour les hôpitaux en difficulté. Cependant, les choses se sont corsées depuis : les établissements ont besoin de travaux ; ils doivent parfois être totalement revus.

Il manque donc à votre projet toute une partie portant sur ce que l'on attend de l'hôpital de demain, donc sur les investissements. Comment imagine-t-on les hôpitaux de demain ? Je rêve d'un ministre qui serait le Vauban de l'hôpital public et qui reverrait l'ensemble des hôpitaux sur le plan national...

De plus, il manque aussi une réflexion au sujet de la régulation des dépenses. Comment interroger la pertinence des dépenses, afin d'améliorer les recettes des hôpitaux ? Il est très important d'embarquer les chefs d'établissements dans la recherche de la performance et de la dépense efficiente.

Le dernier point qui manque, c'est une réflexion sur la manière d'associer les établissements à l'Ondam.

Les sous-objectifs de dépenses sont communiqués aux hôpitaux, mais comment embarquer l'ensemble des professionnels dans la recherche d'une meilleure dépense, afin que les recettes correspondent à cet engagement national ? Il faut un système de donnant-donnant : favoriser les investissements, mais avec en contrepartie des engagements.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je vous rassure, madame la rapporteure générale, je ne pense pas un seul instant que la question soit simple.

L'Ondam hospitalier a progressé de 50 milliards d'euros depuis 2019. Madame la sénatrice Brulin, j'entends vos propos : le mécontentement dont vous parlez n'est pas totalement incompréhensible, car il y a eu après la covid-19 un effet de décompensation collective, en particulier à l'hôpital.

En revanche, aujourd'hui, même si je ne m'en gargarise pas, car nous sommes encore loin de ne pas avoir de lits vacants faute de personnels, partout nous rouvrons des lits. Nous réalisons les meilleures campagnes de recrutement depuis une dizaine d'années. Cela dit, le problème étant davantage la fidélisation que l'attractivité de ces métiers, je ne m'en réjouis pas outre mesure.

Madame la rapporteure générale, je voudrais bien être Vauban, mais je ne sais pas ce que les membres de la majorité sénatoriale lui auraient dit lors de l'examen de la loi de programmation des finances publiques (LPFP) de 1688... (*Sourires.*)

Il n'y aura pas et il ne peut pas y avoir de compensation entre les efforts d'efficience que les établissements font tous les jours et l'effort majeur de financement de ces établissements. Ce dernier comprend notamment les 19 milliards d'euros mobilisés par le Ségur, qui sont, je le répète, grignotés par l'inflation et l'augmentation des coûts de construction. Cela provoque parfois du découragement, car nous ne pouvons pas mener à bien tous les projets prévus.

Enfin, je n'ai jamais dit que cette réforme se ferait à enveloppe fermée. Je ne le dis pas, parce que je ne le pense pas.

Si nous souhaitons que l'hôpital public fasse davantage de prévention et de santé publique, le but de la réforme n'est pas de viser d'abord l'efficience. Il faut certes chercher l'efficience, et la garantie de financement a peut-être fait parfois revenir quelques mauvais réflexes. Mais l'hôpital est suffisamment sous tension depuis assez longtemps pour ne pas y chercher de mammouth à dégraisser, comme le disait un illustre ministre...

La réforme ne se fera pas à enveloppe fermée, notamment sur l'activité. Je suis prêt à revoir la question des dotations en fonction des éléments que l'on constatera. Je suis convaincu que l'on attribue à l'Ondam hospitalier des dépenses qui relèvent du champ de la prévention : est-ce par exemple aux maternités d'acheter du Beyfortus ?

Un chantier se trouve devant nous, mais nous ne reviendrons pas à une enveloppe financière que l'on redistribuerait aux établissements.

Nous suivons une ligne de crête : d'un côté, il faut maintenir l'exigence d'efficience auprès des établissements, parce qu'elle est l'un de leurs facteurs de transformation ; de l'autre, la dépense progresse chaque année, et je suis prêt à étudier sa répartition entre la ville et l'hôpital, ainsi que dans les trois compartiments de financement des activités hospitalières. Le jeu n'est pas à somme nulle.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Le GEST non plus ne souhaite pas reculer l'échéance de remise en cause de la T2A à l'hôpital.

La réforme de la T2A est tellement demandée qu'elle constitue une urgence pour l'hôpital. Mais elle ne suffira pas : il y a clairement un problème d'investissements dans les établissements hospitaliers. Pour avoir été membre du conseil de surveillance de l'AP-HP, j'ai constaté que nous étions obligés de vendre des terrains pour réaliser les travaux nécessaires. Cela devient problématique : notre hôpital ne peut pas être réduit comme peau de chagrin.

Pour cette raison, monsieur le ministre, il est extrêmement important que vous indiquiez qu'il n'y aura pas d'enveloppe fermée. Nous l'entendons, et j'espère que ce sera bien le cas.

Par ailleurs, il est important que la commission des affaires sociales puisse suivre, à l'aide de points d'étape, les expérimentations sur la remise en cause progressive de la T2A, afin que nous puissions l'évaluer et répondre au plus vite à l'état d'urgence subi par l'hôpital.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. L'article 23 est important, nous sommes tous d'accord. Il est urgent d'améliorer la situation de l'hôpital, du point de vue tant de son fonctionnement que de son financement.

Concernant le financement, j'ai été président d'hôpital il y a plusieurs années. J'ai vécu le système du forfait, et je vous assure que, si l'on est passé à la T2A, c'est parce qu'il ne fonctionnait pas bien. Nous pouvons peut-être revenir sur certains dispositifs rattachés à la T2A, mais nous commettrions une erreur à tout supprimer d'un coup.

Pour l'avoir vécu, le financement au forfait était un peu réalisé selon la tête du client : quand on était du bon côté du manche, proche du Gouvernement, on était bien servi ; quand c'était l'inverse, il y avait des années maigres. C'était cela, la réalité ! (*M. le ministre approuve.*)

Il y avait également des disparités entre les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris et les hôpitaux de province. Telle était aussi la réalité : je vous parle de ce que j'ai vécu.

Quand nous sommes passés à la T2A, nous avons applaudi. Mais, comme toute réforme a ses limites, on s'aperçoit désormais qu'il faut quelque peu revenir sur ce système.

Même si le mélange n'est pas tout à fait défini, les principes du système énoncé par le ministre me conviennent, à condition, comme le rappelait Alain Milon, d'être proche du terrain, de vivre les réalités et d'écouter les directeurs d'hôpitaux et les élus.

Venons-en au fonctionnement. Plusieurs membres du groupe UC ont auditionné le directeur de l'hôpital de Valenciennes. Cet établissement fonctionne bien, ses finances sont suffisantes, il remplit les missions définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, et son management est bon. Tout le monde a l'air satisfait...

M. le président. Votre temps de parole est écoulé, mon cher collègue.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Il faut prendre en compte le fonctionnement et le financement pour pouvoir réussir la réforme de l'hôpital.

Mme Laurence Rossignol. À ce rythme, nous siégerons dimanche... Au moins, cela nous épargnera la messe ! (*Sourires sur les travées du groupe SER.*)

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* Je répondrai à notre collègue Anne Souyris, qui s'inquiétait du suivi de l'expérimentation, que notre commission organisera bien entendu un point d'étape pour suivre l'évolution de cette réforme.

Je vous le rappelle, mes chers collègues, nous étudions le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Lors de la discussion générale, nous avons quasiment tous commencé nos propos en parlant de la sincérité des comptes et de l'Ondam, ainsi que des perspectives financières pour 2024.

Nous débattons désormais de la réforme de la tarification des hôpitaux. Or l'étude d'impact du projet de loi indique noir sur blanc, à sa page 202, que cette réforme n'aura pas d'impact financier en dehors des 12 millions d'euros consacrés à la prise en charge des personnes vulnérables. Monsieur le ministre, soit la réforme a un impact financier, soit elle n'en a pas. Mais le premier cas signifie que l'enveloppe est constante : je ne sais pas le dire autrement.

Vous nous dites à présent que la réforme aura en réalité un impact financier. Mais, dans ce cas-là, puis-je vous demander quel sera son montant ? Nous examinons une loi de financement de la sécurité sociale, et non une loi de réorganisation du système de santé. Quel sera l'impact financier de cette réforme ? Autre manière de poser cette question : cet impact est-il intégré dans les prévisions budgétaires que vous nous présentez aujourd'hui ?

Je vais vous aider, monsieur le ministre : le mieux, afin de garder le cap, c'est d'appeler à voter notre amendement, car une expérimentation n'a pas d'impact financier.

M. Laurent Burgoa. Très bien !

M. Bernard Jomier. Dites clairement que vous ne voulez pas de cette réforme !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* Monsieur le président de la commission, je vous remercie d'avoir lu avec autant d'attention l'étude d'impact. Pour être précis, la réforme n'aura pas d'impact financier durant la période 2025-2026, à part les 12 millions d'euros que vous mentionniez. (*M. Bernard Jomier le confirme.*)

C'est à partir de la mise en œuvre de la réforme que ces éléments évolueront, en fonction des retours des démonstrateurs dans les territoires. La page 202 de l'étude d'impact ne concerne que la période 2025-2026, soit la phase de démonstration de la réforme.

Cela dit, pour être tout à fait clair, je ne prétends pas que l'on annonce des Ondam en progression annuelle de 7 % à partir de 2027 !

Mme Cathy Apourceau-Poly. Non, leur évolution sera négative !

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Mes chers collègues, cela fait maintenant un quart d'heure que nous discutons de cet article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Nous avons le temps !

Mme Émilienne Poumirol. Je m'étonne de la position de la commission. La demande de réformer la T2A date quasiment de la création de ce dispositif.

Lors des auditions que nous avons organisées, nous avons tous été alertés. La Fédération hospitalière de France et les directeurs d'hôpitaux se montrent plutôt favorables à une réorganisation de la T2A et penchent pour l'améliorer à l'aide des trois piliers proposés par le Gouvernement.

Or la commission insiste pour demander un report à 2028, soit dans cinq ans, alors que l'on connaît l'état des hôpitaux et l'importance de leurs besoins de financement.

Franchement, si la commission ne veut pas de cette réforme, qu'elle le dise clairement. Aujourd'hui, nous devons prendre une décision.

Allons-nous écouter ou non les directeurs d'hôpitaux et les présidents de commissions médicales d'établissement (CME), en allant dans le sens de cette évolution? Une telle réforme sera longue et complexe. Il faudra certainement l'améliorer en la suivant de près, mais elle commencerait à répondre à une demande que l'on entend depuis des années.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Exactement!

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Pourquoi remettre à demain ce que l'on peut commencer à faire aujourd'hui, alors que les impacts financiers sont peu importants, comme le Gouvernement l'indique?

Aujourd'hui, tous les acteurs appellent de leurs vœux cette réforme, qui prendra beaucoup de temps. Nos hôpitaux sont déjà mal en point, nous en avons longuement parlé.

Il faut une réforme progressive de la T2A : cela devrait faire consensus dans cet hémicycle.

M. Laurent Burgoa. Ne nous donnez pas de leçons de morale! (*Exclamations sur les travées du groupe SER.*)

M. Bernard Jomier. Cela n'a rien à voir avec la morale!

Mme Laurence Rossignol. Vous voyez de la morale partout! Et il en faut, parfois, de la morale...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 260.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 47 :

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

Le Sénat a adopté.

Mme Laurence Rossignol. Pas terrible, n'est-ce pas?

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

L'amendement n° 1362, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 32

Après les mots :

fixé chaque année

rédigé ainsi la fin de l'alinéa :

par la loi.

II. – Alinéa 34

Supprimer cet alinéa.

III. – Après l'alinéa 145

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Avec cet amendement, qui vise à améliorer la transparence des crédits hospitaliers, nous poursuivons notre débat sur la transparence financière.

Les objectifs de dépenses de l'activité des MCO, des dotations Migac et des activités de psychiatrie, ainsi que des unités de soins de longue durée (USLD) et de soins médicaux et de réadaptation, sont définis en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ces sous-objectifs de dépenses, qui conditionnent directement le pilotage des dépenses de ces différentes activités, sont aujourd'hui définis par arrêtés ministériels.

Nous considérons qu'il convient de soumettre ces différentes enveloppes d'encadrement des dépenses au législateur, et d'obliger ainsi le Gouvernement à justifier ces montants lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale ou d'un autre projet de loi.

L'adoption de cet amendement permettrait ainsi de préciser la ventilation de l'Ondam hospitalier, à défaut d'une construction plus fine des sous-objectifs.

En 2024, le Gouvernement n'a pas donné suite à la demande de la commission de disposer des prévisions de dépenses des différents champs d'activité hospitaliers. Les enveloppes de ces sous-objectifs dépassent pour certaines une dizaine de milliards d'euros, voire 70 milliards d'euros. Le Parlement mérite d'avoir cette discussion budgétaire.

M. le président. L'amendement n° 1278, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 34

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Le rapport de la Cour des comptes publié en juillet dernier au sujet de la tarification à l'activité recommande des ajustements pour garantir une tarification plus équitable et un meilleur alignement avec les objectifs de qualité des soins.

Nous souhaitons que, en tant qu'autorité publique indépendante, la HAS, qui détient une expertise dans l'évaluation des dispositifs médicaux, dans les recommandations de bonne gestion du service de santé et dans l'attribution de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, soit étroitement associée à la définition des indicateurs et de l'évolution de ce financement.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des recommandations du rapport *Hôpital: sortir des urgences*, qui a été adopté par le Sénat en 2022 et qui préconise un renforcement du rôle de la HAS dans l'attribution des financements aux établissements de santé.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Les deux amendements me semblent très différents.

Je vais émettre un avis défavorable sur l'amendement n° 1362, car je ne vois pas comment il serait concrètement possible de satisfaire cette demande. Je comprends la proposition, mais, alors que nous examinons les objectifs de l'Ondam pour 2024, nous ne savons pas exactement quel sera le montant des dépenses pour 2023 et nous ne disposons toujours pas des chiffres stabilisés pour l'exécution 2022.

Si le Gouvernement passe par des arrêtés ministériels, c'est pour pouvoir stabiliser ces chiffres en dehors du calendrier du PLFSS.

L'amendement n° 1278 vise quant à lui à élargir les compétences de la HAS, en invitant cette autorité indépendante à se prononcer sur les modalités de financement en fonction des bonnes pratiques qu'elle aura identifiées. Il faudrait sans doute tout d'abord modifier les missions de la HAS, car cela ne relève pas de ses missions.

Par ailleurs, je ne suis pas favorable à l'idée de confier à une même autorité, aussi indépendante soit-elle, l'analyse des bonnes pratiques et l'attribution de financements. La distinction entre ces deux activités ne me semble pas en soi une mauvaise chose.

J'é mets donc un avis défavorable sur ces deux amendements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1278 ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je partage l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 1278.

Est-ce le rôle de la HAS que de s'immiscer dans des choix politiques, puisque les dispositions budgétaires traduisent des choix politiques ? Cela ne revient-il pas à lui donner trop d'importance ? N'est-ce pas empiéter sur le rôle du Parlement ?

J'é mets donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1362.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 1278 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 262, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 41, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le Gouvernement a retenu un amendement visant à inscrire dans la loi la prise en charge par forfait du traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

Nous avons déjà évoqué le financement par forfait du traitement du cancer par radiothérapie.

Nous proposons ici de recourir à une formulation plus générale, afin d'avoir la possibilité d'ouvrir ultérieurement ce mode de prise en charge à d'autres types de traitement. La rédaction que nous proposons permet en particulier d'y inclure la dialyse, que Bernard Jomier a largement évoquée.

M. le président. Le sous-amendement n° 1290 rectifié, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane,

Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Amendement n° 262

I. Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

Remplacer cette phrase par deux phrases ainsi rédigées :

II. – Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. J'adhère aux propos du président de la commission, mais je regrette que la commission propose de retirer la mention expresse de la dialyse, introduite par Stéphanie Rist à l'Assemblée nationale, alors qu'elle ne propose pas de supprimer, à juste titre d'ailleurs, la mention du traitement du cancer par radiothérapie.

La question est ancienne, et je me souviens d'ailleurs que le président de la commission avait présenté, voilà quelques années, des amendements relatifs à la dialyse à La Réunion.

L'occasion se présente à nous d'avancer sur la rémunération par forfait de la dialyse, avec des objectifs très clairs : une meilleure efficacité, l'accélération du développement de la greffe rénale, même si ce n'est pas, loin de là, le seul outil – nous rediscuterons sans doute un jour du plan Greffe et de son état d'avancement –, et le développement des méthodes ambulatoires, par préférence à la dialyse en établissement.

L'apport de l'Assemblée nationale sur ce point me paraît intéressant. Vous évoquiez, monsieur le président de la commission, la nécessité d'avancer pas à pas. Eh bien, c'est ce que nous pouvons faire ici : avançons sur la question de la dialyse rénale en mentionnant expressément ce traitement dans le texte !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 1290 rectifié ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. La commission est extrêmement réservée sur cette proposition : avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Pour le Gouvernement, qui est sur ce sujet en accord total avec Mme la rapporteure générale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, il existe deux types d'activités qui méritent une réflexion sur la forfaitisation : la radiothérapie et la dialyse.

Pour la première, je pense que cela ne fait pas de doute ; d'ailleurs, la financiarisation de ce secteur, indice d'importantes marges pour les acteurs privés, montre que l'on peut passer à un financement par forfait.

Pour la seconde – je ne sais pas quelle était au juste la motivation initiale de Mme la rapporteure Corinne Imbert quand elle a rédigé cet amendement –, les choses sont quelque peu différentes.

En effet, s'il y a de très gros acteurs, qui font de la dialyse de façon industrielle, si j'ose dire, il y a également, dans nombre de départements, des associations qui proposent la dialyse à domicile et relèvent du secteur privé solidaire. Il nous faut donc procéder plus finement pour ce type de traitement, afin de ne pas mettre en difficulté ce second type d'acteurs.

En tout état de cause, bien que ces deux sujets relèvent en principe du domaine réglementaire, nous avons fait le choix politique de les élever au niveau du PLFSS, afin d'envoyer un signal clair : les secteurs qui font l'objet d'une financiarisation sont ceux dans lesquels il y a, sinon du profit, du moins une forme de rente ; nous allons donc leur porter une attention particulière et, dans de tels cas, le meilleur outil est le forfait.

J'en viens maintenant à l'amendement et au sous-amendement en discussion.

L'intention des auteurs de l'amendement n° 262 me semble satisfaite par le texte issu de l'Assemblée nationale. J'émet donc un avis défavorable.

Pour ce qui concerne le sous-amendement n° 1290 rectifié de Bernard Jomier, je suis gêné par la précision de la rédaction proposée, notamment par la mention de la qualité.

L'association de patients Renaloo, dont je ne conteste pas la légitimité, a beaucoup soutenu cette disposition, mais le niveau de détail, notamment pour ce qui a trait à la qualité, est trop élevé et prématuré. En outre, nous n'avons pas encore échangé avec les autres associations de patients, notamment dialysés, alors que cela me paraît indispensable.

Le Gouvernement émet donc également un avis défavorable sur ce sous-amendement.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1290 rectifié.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 262, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 417 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 56

Supprimer cet alinéa.

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

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

La parole est à M. Bernard Fialaire.

M. Bernard Fialaire. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) en général et les centres de lutte contre le cancer en particulier relèvent pleinement du service public de santé.

Dans certains territoires, les établissements privés à but non lucratif sont même les seuls à assurer la permanence des soins. Quant aux centres de lutte contre le cancer, ils jouent un rôle crucial face à l'augmentation de l'incidence des cancers.

Or la différence de traitement dont ils font l'objet par rapport à l'hôpital public les pénalise fortement d'un point de vue financier. Entre le coefficient de pondération du Ségur de la santé et le coefficient de reprise des allègements sociaux et fiscaux, la minoration des tarifs des centres de lutte contre le cancer est passée de 2,5 % en 2022 à 2,73 % en 2023, ce qui représente 39,5 millions d'euros.

Je vous laisse imaginer l'incidence de cette mesure sur leurs ressources, surtout dans un contexte de tensions inédites de recrutement.

Dans la mesure où les praticiens des centres de lutte contre le cancer n'exercent pas d'activité libérale, et puisque ces structures sont entièrement consacrées au service public de santé, je propose, au travers de cet amendement, de supprimer la minoration de tarifs selon les catégories d'établissement.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* J'ai l'impression, mon cher collègue, que le dispositif de votre amendement ne correspond pas à votre intention.

En effet, cet amendement tend à empêcher, en fin d'année, le dégel tarifaire, qui permet de valoriser l'activité au juste tarif et non au tarif minoré des coefficients prudentiels. Cela ne correspond pas, je crois, à votre intention.

Par conséquent, la commission ne peut qu'être défavorable à cet amendement.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* Je partage l'avis du président de la commission.

Le dispositif de l'amendement porte sur la suppression du coefficient prudentiel, alors que l'exposé des motifs évoque le coefficient de minoration appliqué aux Espic et à Unicancer.

J'ai annoncé et confirmé que nous supprimerions en l'espace de deux années le coefficient de minoration. En revanche, il ne faut surtout pas supprimer la mise en réserve prudentielle, qui s'applique à tous les établissements de santé.

Par conséquent, en raison, d'une part, de cette divergence entre les motifs et le dispositif de l'amendement, et, d'autre part, de l'engagement que j'ai pris de supprimer le coefficient de minoration, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. Bernard Fialaire. Je retire mon amendement !

M. le président. L'amendement n° 417 rectifié est retiré.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 441 rectifié *sexies* est présenté par Mmes Malet, Billon, Guidez, Belrhiti et Bonfanti-Dossat, M. Burgoa, Mmes Di Folco, Gosselin et Jacques, MM. Laménie et Genet, Mmes Lopez, M. Mercier et Micou-leau, MM. Panunzi, Sol, Somon, Tabarot et Gremillet, Mme Joseph, M. H. Leroy et Mme Petrus.

L'amendement n° 1164 rectifié *bis* est présenté par Mme Aeschlimann et MM. Sautarel, Khalifé, Paccaud, Cadec et Longeot.

L'amendement n° 1262 rectifié est présenté par Mme Bélim, MM. Lurel et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel, Ziane, Ouizille et Michau, Mme Bonnefoy, M. Jacquin, Mme Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 57

Après le mot :

fixe

insérer les mots :

chaque année

La parole est à Mme Viviane Malet, pour présenter l'amendement n° 441 rectifié *sexies*.

Mme Viviane Malet. La revalorisation du coefficient géographique permettant de compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé d'Île-de-France, de Corse et d'outre-mer est essentielle pour le bon fonctionnement des activités hospitalières.

L'annonce d'une revalorisation du coefficient applicable à La Réunion, qui passe de 31 % à 34 %, est une bonne nouvelle, mais il reste à chiffrer la prise en compte des missions non ou peu compensées par l'État : évacuations sanitaires, oncologie pédiatrique, allogreffes, greffes osseuses ou encore missions de recours hyperspécialisées.

Depuis plusieurs années, les hommes et femmes politiques de tous bords confondus et les personnels hospitaliers n'ont cessé d'alerter le Gouvernement sur la nécessité d'actualiser ce coefficient. Afin que ce problème ne perdure pas, le présent amendement vise donc à instaurer une révision annuelle de ces surcoûts.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour présenter l'amendement n° 1164 rectifié *bis*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Notre collègue l'a excellemment expliqué, il s'agit d'annualiser la fixation des coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux pour les établissements implantés en outre-mer, afin de compenser les difficultés liées à la situation singulière des territoires ultramarins : insularité, salaires légaux plus élevés, nécessité d'un rattrapage en matière d'équipement et d'entretien, ou encore prix des produits de santé plus élevés en raison de la vie chère.

J'ajoute que les coefficients de certains territoires n'avaient pas été revalorisés depuis 2017. En outre, en 2022, le Président de la République et le Premier ministre s'étaient tous deux prononcés en faveur de cette fixation annuelle.

Par ailleurs, fixer annuellement ces coefficients géographiques permettrait de suivre la situation des territoires ultramarins, qui sont confrontés, je le répète, à des difficultés particulières.

Toutefois, cette disposition n'impliquerait nullement une revalorisation annuelle systématique, je vous rassure. Nous souhaitons certes que les territoires ultramarins ne souffrent pas d'une moindre offre de services de santé, mais nous tenons également à prendre en compte les difficultés financières de l'État.

M. le président. La parole est à Mme Audrey Bélim, pour présenter l'amendement n° 1262 rectifié.

Mme Audrey Bélim. Je souhaite illustrer cette mesure au travers d'une situation que je connais bien, celle de La Réunion.

Après de longues années d'attente – plus de dix ans –, à la suite d'un mouvement de grève des personnels hospitaliers réunionnais et de la mobilisation de plusieurs hommes et femmes politiques, un accord a enfin été trouvé pour revaloriser le coefficient géographique retenu pour le calcul des dotations.

Toutefois, ce coefficient géographique ayant pour objet de compenser les surcoûts subis par les établissements de santé réunionnais, il ne saurait rester figé, et la question de sa revalorisation ne doit pas être résolue chaque fois par un conflit ou par de longues négociations.

À ce jour, les comptes du CHU de La Réunion accusent un déficit de 50 millions d'euros, dont plus des deux tiers sont imputables à la faiblesse du coefficient géographique et à l'absence de compensation des mesures du Ségur de la santé. N'oublions donc pas que 70 % du déficit sont imputables à l'État!

Certes, nous avons obtenu une revalorisation de 3 points, mais le rapport indépendant de 2018 plaide pour une revalorisation de 4 points et la Fédération hospitalière de France (FHF) proposait même une augmentation pendant une année – le temps d'y voir plus clair – de 8 points!

Par ailleurs, le CHU de La Réunion, établissement de référence du sud-ouest de l'océan Indien, accueille, depuis sa création, de plus en plus d'évacuations sanitaires, dont le nombre annuel est ainsi passé de 400 à 1 600.

En outre, lorsque, en raison de la spécialisation des soins, on ne peut y prodiguer directement les soins, le transport aérien des patients entraîne l'augmentation du taux de mortalité.

Tout cela est un état de fait, que l'on doit accepter comme tel, mais notre hôpital public doit, du point de vue financier et matériel, endosser clairement et fièrement son référencement unique au sein de l'océan Indien. Tous les Français et étrangers de la zone viennent s'y faire soigner!

Dans ce contexte, cet amendement vise à protéger et à anticiper les lourdes difficultés de l'hôpital public dans les outre-mer. Les situations catastrophiques évoquées suscitent encore plus notre consternation lorsque l'on sait que les effectifs travaillent sous pression, lorsque l'on considère le nombre important d'emplois précaires et l'absence de fidéli-

sation du personnel soignant – les soignants préfèrent en effet parfois démissionner, voire changer de carrière, tellement leur expérience est pénible –, et lorsque l'on sait qu'un hôpital sous pression entraîne la multiplication des actes de maltraitance envers les malades. (*Marques d'impatience sur les travées des groupes Les Républicains et UC.*)

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue!

Mme Audrey Bélim. Les hôpitaux publics des outre-mer ont besoin de stabilité; nous devons penser à la qualité des soins et non à leur continuité « en mode dégradé ». (*Mêmes mouvements, sur les mêmes travées.*)

Nous sommes la vitrine de la République...

M. le président. Vous n'avez plus la parole, ma chère collègue!

M. Laurent Burgoa. À ce rythme, nous serons encore là lundi matin...

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. La commission est favorable à l'annualisation de la révision de ces coefficients, qui donnera une vision plus précise.

Je profite de ma prise de parole pour poser une question au ministre: puisque nous venons d'évoquer la réforme de la T2A, quel en sera l'impact sur le coefficient géographique des départements d'outre-mer?

J'émet donc un avis favorable sur ces trois amendements identiques.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Prenons quelques instants pour évoquer ce coefficient géographique.

Dès que j'ai pris mes fonctions, j'ai pu mesurer la vigueur des crispations sur ce sujet, que j'avais déjà étudié dans mes fonctions précédentes; j'avais par exemple évoqué cette question avec la présidente du conseil régional de La Réunion, Huguette Bello, voilà quelques mois.

J'ai donc demandé à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de vérifier ses hypothèses sur le coefficient géographique.

Les conclusions de cette étude d'urgence ont conduit le Gouvernement à décider, indépendamment du conflit social en cours à La Réunion, la revalorisation progressive de ce coefficient pour les territoires dont le retard était avéré. Je le précise, cette évolution ne fera que des gagnants et il n'y aura aucun perdant.

Mesdames Bélim et Malet, le coefficient géographique applicable à La Réunion augmentera dès 2024. Madame Nadille et monsieur le président de séance, à la Guadeloupe et dans d'autres territoires, le coefficient géographique restera stable. Je connais en effet l'attachement du Sénat aux améliorations constantes de la prise en compte des spécificités ultramarines et je rends hommage aux positions des uns et des autres en ce sens, notamment à celles de Dominique Théophile.

Au-delà du coefficient géographique, il existe de nombreuses mesures ayant vocation à tenir compte de la spécificité des territoires ultramarins.

Prenons quelques exemples: le Ségur de la santé a permis de débloquer 759 millions d'euros pour la Guadeloupe, dont 580 millions d'euros pour la reconstruction du CHU,

financée à 100 % par l'État et sans emprunt, 448 millions d'euros pour la Martinique, 274 millions d'euros pour La Réunion et 67 millions d'euros pour Mayotte. Je tiens d'ailleurs à avoir une pensée particulière pour les professionnels de santé de ce département, car ils sont confrontés à une situation extrêmement difficile.

Cela dit, mesdames les sénatrices, j'émet un avis défavorable sur votre proposition d'annualisation de la révision de ce coefficient.

D'une part, même si c'est secondaire, la rédaction de ces amendements laisse à penser que seule la FHF devrait être consultée.

D'autre part, le coefficient géographique est structurant pour la visibilité pluriannuelle des établissements. Or une révision annuelle, indépendamment de l'extrême lourdeur qu'elle représenterait pour l'administration – on peut considérer que c'est un argument quelque peu technocratique, mais le problème est réel –, entraînerait chaque année une remise en cause du budget.

Si certaines mesures de soutien ponctuel, notamment en trésorerie, sont revues et objectivées chaque année, le coefficient géographique, lui, doit plutôt permettre aux établissements de bénéficier d'une visibilité sur plusieurs années des recettes reposant sur la prise en compte des spécificités ultramarines.

Enfin, pour ce qui concerne le conflit social à La Réunion, Fadila Khattabi, ministre déléguée auprès de la ministre des solidarités et des familles, chargée des personnes handicapées, s'est rendue voilà quelques jours dans cette île, où elle a rencontré le personnel de l'hôpital.

Pour ma part, je travaille avec l'ARS, afin de concevoir les réponses pertinentes. Contrairement à ce que vous avez affirmé, madame la sénatrice, ce ne sont pas les mouvements sociaux et la mobilisation subséquente qui ont conduit à la révision du coefficient géographique. Mais la situation particulière de Mayotte, qui pèse fortement sur La Réunion, n'est effectivement pas neutre, et je vous prie de croire que nous travaillons d'arrache-pied sur ce dossier.

J'émet donc un avis défavorable sur ces trois amendements identiques.

M. le président. La parole est à Mme Audrey Bélim, pour explication de vote.

Mme Audrey Bélim. Rendre possible une révision annuelle n'implique pas forcément que le coefficient géographique sera réévalué chaque année. Il s'agit simplement de garantir une stabilité et une sécurité pour ces territoires.

Il y va de la santé publique et de la qualité des soins – par opposition à une continuité des soins en mode dégradé – dans les territoires d'outre-mer. Si l'on peut réviser ce coefficient annuellement, on pourra peut-être anticiper certaines situations désastreuses.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 441 rectifié *sexies*, 1164 rectifié *bis* et 1262 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 263, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 98

Remplacer la première occurrence de la référence :

L. 162-22

par la référence :

L. 162-22-6

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit de la correction d'une erreur matérielle.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 263.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 30 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.-B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Somon et Mme Malet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 100

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. L'article 23 du projet de loi modifie l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale, relatif au financement de la psychiatrie.

La mise en œuvre de la réforme du financement des activités de psychiatrie a fait la démonstration, depuis 2020, de l'insuffisance des dispositions législatives qui lui sont consacrées – seulement deux articles dans le code de la sécurité sociale –, ainsi que du caractère parfois inapproprié des nombreuses dispositions réglementaires prises pour leur application.

Parmi ces dispositions figure l'encadrement trop peu contraignant du pouvoir réglementaire pour ce qui concerne le compartiment financé par le biais de la dotation populationnelle dans le secteur de la psychiatrie.

Afin d'y remédier, le présent amendement, sur le modèle de ce qui existe déjà à l'article L. 1435-10 du code de la santé publique pour l'utilisation des dotations du fonds d'intervention régional, tend à prévoir la rédaction d'un rapport annuel dressant le bilan de l'utilisation de la dotation populationnelle dans le domaine des activités de psychiatrie.

De cette manière, les objectifs assignés par le législateur à cette nouvelle modalité de financement pourront être annuellement contrôlés par le Parlement.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. S'agissant d'une demande de rapport, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 30 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1279, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Consonne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 105

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Aux termes de la loi, le Gouvernement remet au Parlement avant le 15 septembre de chaque année un rapport sur le financement des établissements de santé et sur les perspectives d'évolution de celui-ci.

Il ne nous paraît pas légitime d'abroger cette disposition, d'où cet amendement de suppression de l'alinéa 105.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à supprimer l'abrogation des dispositions codifiées qui prévoient la publication d'un rapport annuel sur la situation financière des établissements de santé.

Or l'annexe 6 du PLFSS porte précisément sur ce sujet. Il ne paraît donc pas souhaitable de maintenir ce rapport, dont le thème est couvert par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

En revanche, on pourrait discuter du format de cette annexe, monsieur le ministre. Bien que la loi organique impose un format aisément exploitable, les données chiffrées ne sont pas mises à disposition dans des conditions satisfaisantes pour le contrôle parlementaire. J'en profite pour envoyer ce message... (*Sourires.*)

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'annexe 6 du présent projet de loi doit en effet permettre d'éclairer le Parlement – je prends bonne note du *caveat* du président de la commission ! – sur les actions menées dans le domaine du financement des établissements et inclure un bilan rétrospectif, ainsi que sur les évolutions envisagées. Son champ est même plus large que le rapport annuel prévu dans la disposition abrogée par l'alinéa 105.

Puisque l'on ne perdra rien en supprimant ce rapport, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Monsieur le ministre, en l'état, je ne vois pas comment l'annexe 6 permettra de présenter les évolutions liées à la réforme, que nous approuvons, du mode de financement des hôpitaux.

Néanmoins, si vous me certifiez que cette annexe sera transformée et que l'on pourra y suivre les évolutions de la T2A et la montée en gamme des autres dotations, je suis prêt à retirer mon amendement. Simplement, cela doit être clair !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Soyons donc clairs : l'annexe 6 doit être exploitable pour suivre les évolutions législatives qui seront adoptées ou considérées comme adoptées par le Parlement. Nous modifierons cette annexe de façon à y inclure ce que vous évoquez.

M. Bernard Jomier. Merci !

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 1279 est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1279 est retiré.

L'amendement n° 264, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 128

Rédiger ainsi le début de l'alinéa :

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 264.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 148 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.-B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

L'amendement n° 606 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 175

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

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

« ...°Par dérogation aux dispositions du 1° et 2° du présent E, les modalités de financement antérieures à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, demeurent applicables jusqu'au 31 décembre 2024 pour les établissements mentionnés au d et au e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 148 rectifié *bis*.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à maintenir de manière transitoire, jusqu'au 31 décembre 2024, les modalités actuelles de financement des établissements privés des soins médicaux et de réadaptation (SMR), le temps d'appréhender la nouvelle facturation et de déterminer efficacement les conditions de la bascule.

Cela permettra d'accompagner la réforme du financement des SMR sans remettre en cause son entrée en vigueur.

Une telle disposition apportera de la souplesse aux acteurs, qui conserveront une base de référence historique, sans représenter de coût supplémentaire pour les finances publiques.

M. le président. La parole est à M. Bernard Fialaire, pour présenter l'amendement n° 606 rectifié *bis*.

M. Bernard Fialaire. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. L'adoption de cet amendement conduirait à reporter une réforme qui est entrée en vigueur, à la demande de notre commission, le 1^{er} juillet dernier. Le débat avait été difficile au Sénat, le Gouvernement jouant au *stop and go* sur cette réforme dans chaque PLFSS depuis trois ans, avec des amendements de dernière minute.

Cette réforme, que nous avons soutenue, se met difficilement en œuvre. Aussi, un retour en arrière ne semble pas pertinent.

La commission entend être cohérente. Elle a donc émis un avis défavorable sur ces amendements.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je vais me lever pour donner mon avis, puisque, semble-t-il, quand on reste assis pour commenter un amendement de M. Milon, on est battu... (*Sourires.*)

Mme Laurence Rossignol. C'est de la superstition !

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je ne suis pas superstitieux, madame la sénatrice : cela porte malheur... (*Nouveaux sourires.*)

Sur le fond, je partage l'analyse du président de la commission. Je me suis même demandé si vous considérez que les établissements de santé anciennement concernés par les objectifs quantifiés nationaux (OQN) n'étaient pas encore touchés par la réforme, alors qu'ils le sont. Adopter un tel amendement impliquerait donc de revenir en arrière, y compris pour eux.

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 148 rectifié *bis* et 606 rectifié *bis*.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. Alain Milon. Il faudra vous lever à chaque fois, monsieur le ministre... (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 597 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Alinéas 179 et 180

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

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

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

du 1^{er} mars 2027 jusqu'au 28 février 2028 et, pour l'année 2028, à compter du 1^{er} mars 2028 et jusqu'au 31 décembre 2028 » ;

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

La parole est à Mme Maryse Carrère.

Mme Maryse Carrère. Il s'agit également de la réforme du financement des SMR, mais cette fois à propos des établissements publics.

Cette réforme, très attendue, met fin à la dualité des modes de financement entre la dotation annuelle de financement et les prix de journée, qui aboutissait à un sous-financement chronique des établissements publics.

Malheureusement, la réforme, entrée en vigueur en juillet dernier, se traduirait, au terme de la période de transition, par un impact négatif sur les ressources du secteur public hospitalier. Quelque 50 % des établissements publics et 60 % des CHU seraient perdants, pour un coût estimé à 36 millions d'euros, soit 1 % de leurs ressources actuelles.

Il semble donc nécessaire de prendre le temps de sécuriser la réforme, de corriger ses imperfections techniques et de procéder aux ajustements nécessaires.

C'est pourquoi le présent amendement a pour objet d'allonger de deux ans la période de transition, jusqu'à 2028, afin que les établissements publics puissent continuer, dans l'intervalle, à utiliser le mode de financement actuel.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je comprends tout à fait les préoccupations de l'auteur et des consignataires de l'amendement, puisque nous avons souligné combien il était difficile de mettre en œuvre cette réforme.

Néanmoins, la période de transition arrêtée prend fin en 2026. Prévoir dès maintenant de la prolonger jusqu'en 2028 me semble prématuré. Attendons, puis nous en rediscuterons !

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. La période de transition court en fait jusqu'au 31 décembre 2027. Nous aurons le temps d'adapter le dispositif.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 265, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 188 à 203

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. À la suite de l'expérimentation relative à l'évolution de la T2A, cet amendement vise, en cohérence, à reporter au 1^{er} janvier 2028 l'entrée en vigueur de la réforme du financement du MCO et à préserver jusqu'à la fin de l'année 2025 le mécanisme de sécurisation modulé à l'activité.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Nous en avons déjà débattu.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 265.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 23, modifié.

(L'article 23 est adopté.)

Après l'article 23

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 26 rectifié *quater* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J. B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas, Lassarade et Petrus, M. Somon et Mmes Malet et Aeschlimann.

L'amendement n° 605 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin et MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol, Laouedj et Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 26 rectifié *quater*.

M. Khalifé Khalifé. Je remplace M. Milon, ce qui soulagera M. le ministre... *(Sourires.)*

Cet amendement a pour objet l'application au sein d'établissements implantés dans des régions où les coûts sont plus élevés de coefficients géographiques aux tarifs nationaux de prestations. Sont notamment concernés l'Île-de-France, la Corse et les outre-mer.

Les zones frontalières sont confrontées à des difficultés particulières du fait de la concurrence avec des pays comme le Luxembourg ou la Suisse : le personnel soignant s'y voit offrir des rémunérations substantiellement supérieures – jusqu'à trois à quatre fois plus élevées !

Cette difficulté est accrue dans le contexte de crise de l'attractivité des professions médicales. Dans le Jura, dans l'Ain, en Moselle ou encore dans le Doubs, les établissements hospitaliers sont confrontés à des problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel.

Il vous est dès lors proposé, mes chers collègues, d'accepter l'application du coefficient géographique dans ces zones.

M. le président. La parole est à Mme Maryse Carrère, pour présenter l'amendement n° 605 rectifié *bis*.

Mme Maryse Carrère. Cet amendement identique est porté par notre collègue de Meurthe-et-Moselle, Véronique Guillotin. Dans un contexte de crise générale de l'attractivité des professions médicales et paramédicales, les zones frontalières subissent une double peine du fait de la concurrence avec des pays dans lesquels les rémunérations sont largement supérieures.

Par exemple, chez ma collègue, à Mont-Saint-Martin, près des frontières belge et luxembourgeoise, 50 postes d'infirmiers ne sont pas pourvus à l'hôpital ; tout un étage a dû être fermé ! La raison en est simple : au Luxembourg, les infirmières sont payées deux à trois fois plus qu'en France.

Il est donc urgent de prendre en compte cette situation. Les établissements sont pour l'instant sans solution – il faut les sortir de cette crise aiguë ! –, tandis que les patients de ces zones frontalières sont clairement abandonnés.

M. le président. L'amendement n° 392 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Je comprends les préoccupations de nos collègues concernant les coûts induits par la concurrence frontalière, que subissent parfois les établissements de certains territoires et qui entraîne d'importantes difficultés de recrutements.

Comme je l'ai indiqué au sujet des amendements identiques de Mmes Malet, Aeschlimann et Bélim sur l'actualisation des coefficients, les territoires frontaliers ont des contraintes particulières qu'il faut prendre en compte.

Cependant, les ajouts de cet amendement me semblent uniquement d'ordre rédactionnel, ouvrant la voie à une énumération non souhaitable de critères. La rédaction applicable, plus générale, permet de satisfaire pleinement la prise en compte des enjeux frontaliers. Nous sommes tout à fait conscients des difficultés, mais nous disposons actuellement de tous les éléments pour faire en sorte que cette concurrence soit intégrée dans le coût de fonctionnement.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Je ne suis pas sûr que le véhicule du coefficient géographique soit le bon pour atteindre les objectifs.

Vous avez raison, le sujet est crucial, et la question se pose avec une particulière acuité sur les frontières suisse et luxembourgeoise, et de manière moindre sur les frontières allemande et belge. Toutefois, l'enjeu est plutôt de mieux rémunérer les soignants ou d'éviter leur départ dès la fin de leurs études.

Le volet de l'indemnité de résidence est plus utile que le coefficient géographique en la matière. Cette indemnité en faveur des zones frontalières de la Suisse a été annoncée par mon collègue Stanislas Guérini.

J'ai discuté de ce sujet avec le président de la Collectivité européenne d'Alsace. Croyez bien que nous trouverons des solutions, même si les différentiels de rémunération sont quelquefois si élevés que nous avons l'impression d'élever un barrage contre le Pacifique ! Sur le modèle de ce que

nous avons mis en place pour la Suisse, nous réfléchissons à mettre en œuvre une indemnité de résidence pour les frontières avec le Luxembourg, l'Allemagne et la Belgique.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

Mme Nathalie Goulet. Pour faire un aparté sur ces zones, il existe un marronnier : le rapport sur la fraude sociale transfrontalière. Chaque année, il m'est assuré que celui-ci sera réalisé. Cette fois, il a été retoqué au titre de la Constitution : article 41, 45...

J'attire néanmoins votre attention sur cette fraude. Elle devait faire l'objet d'un rapport du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss), mais ce n'est toujours pas le cas.

Pour régler le problème des zones transfrontalières, il faut absolument se pencher sur celui de la fraude sociale qui est liée. En effet, des personnes touchent le chômage en France et travaillent en Allemagne, en Belgique, au Luxembourg ou en Espagne.

Je n'ai pas pu le mettre en avant cette année parce que mon amendement n'a pas été retenu, mais le sujet demeure. Le problème se posait en 2018, en 2019, en 2020, en 2021, etc. Ma demande est une victoire de l'optimisme sur l'expérience !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 26 rectifié *quater* et 605 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 659 rectifié *bis*, présenté par MM. Buval, Théophile et Patient, Mme Nadille, MM. Fouassin et Lemoyne, Mme Duranton et MM. Buis et Rambaud, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Je m'apprêtais à défendre un amendement de mon collègue Frédéric Buval, qui vise à appliquer des coefficients géographiques différenciés aux établissements de santé dans les territoires ultramarins.

Cependant, monsieur le ministre, vous avez déjà apporté une réponse. Je vous interpelle tout de même sur l'urgence à réévaluer ces coefficients : les besoins et les attentes de nos établissements et de nos professionnels de santé sont nombreux.

Je retire donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 659 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 964 rectifié, présenté par Mmes Corbière Namino, Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Je défends cet amendement au nom de notre collègue Evelyne Corbière Namino, sénatrice de l'île de La Réunion.

Plusieurs dispositions du droit prévoient des adaptations pour tenir compte des particularités des outre-mer, notamment en matière de fonctionnement de la sécurité sociale.

Parmi ces particularités, le coût de la vie plus important pour des revenus moindres creuse les inégalités entre les outre-mer et le territoire hexagonal. Cet enjeu de péréquation est une préoccupation encore insuffisante de nos politiques publiques, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques lorsque nos discussions portent sur la santé, la prévention et les soins.

Des coefficients géographiques ont justement été prévus pour limiter ces inégalités et accorder des moyens adaptés à nos établissements hospitaliers dans les outre-mer. Ils sont désormais insuffisants pour combler ces inégalités d'accès à la santé, car ils n'ont pas été réévalués et ne tiennent pas compte de la réalité financière des établissements ultramarins.

C'est ce que notre amendement vise à corriger. Il s'agit d'intégrer l'ensemble des facteurs qui modifient les coûts réels supportés par les établissements.

Sans ces ajustements, les déficits structurels et le sous-investissement qui en découle ne seront pas réglés. La conséquence sera une aggravation de la situation sanitaire pour les habitants des outre-mer, que nous ne pouvons nous résoudre à accepter.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Le sujet ayant déjà été évoqué, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Comme je l'indiquais, les coefficients géographiques viennent d'être révisés ; le bénéfice est significatif pour La Réunion.

Pour être plus précis et pour répondre également à l'interpellation de Mme la sénatrice Nadille, prenons l'exemple de la précarité. Celle-ci est prise en compte au travers non pas du coefficient géographique, mais de la MIG Précarité.

Les départements d'outre-mer mobilisent 25 % de l'enveloppe nationale de cette MIG, pour 3 % de la population. Il s'agit d'une bonne illustration de ce que je voulais dire précédemment : le coefficient géographique n'épuise pas le soutien nécessaire que nous essayons d'apporter aux territoires ultramarins en tenant compte de leurs spécificités.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 964 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1264, présenté par MM. Ouizille et Jomier, Mmes Poumirol, Canalès et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain vise à supprimer toute mention des ratios d'analyse financière et des marges financières dans les critères d'attribution des crédits d'investissement du Ségur, ainsi qu'à ajouter un critère relatif à l'apport positif des projets des établissements en matière d'offre de soins, dont l'augmentation du nombre de lits ou de la couverture territoriale.

Nous souhaitons inverser la logique : il faut sortir du paradigme uniquement financier, pour partir des besoins de soins de la population. Par exemple, mon département est concerné par la fermeture de services d'une maternité sur le territoire de Guingamp. Celui-ci concentre de nombreuses difficultés sociales, les plus aiguës du département.

Des investissements sont absolument nécessaires dans certains établissements pour assurer leur attractivité. Par conséquent, nous demandons que l'apport positif des projets d'établissements en matière d'offre de soins soit pris en compte.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je comprends tout à fait que l'examen des besoins des territoires fasse partie des éléments d'analyse pour que les investissements soient orientés là où ils sont les plus nécessaires au regard de la situation de l'offre.

Toutefois, il est normal – c'est le minimum ! – de donner de l'argent aux établissements qui ont le plus de mal à investir. Les critères d'analyse financière doivent donc être pris en considération dans le choix. Il faut tenir compte d'un équilibre global, que le législateur et le Gouvernement doivent avoir en vue dans les choix d'investissement.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Une partie des plus grandes difficultés que nous rencontrons à l'heure actuelle, y compris dans des établissements reconstruits récemment, vient de ce que l'analyse financière n'a pas été menée jusqu'au bout. Nous faisons ainsi reposer sur les établissements, notamment sur leur haut de bilan, des charges d'emprunt qui sont en vérité totalement insoutenables.

Par exemple, l'hôpital de Corbeil-Essonnes accomplit un travail remarquable sur son territoire. Pourtant, il doit supporter un investissement déraisonnable, parce que nous avons commis une erreur sur l'analyse financière. Celle-ci est donc indispensable.

Une fois l'analyse réalisée, nous pouvons voir quelle part est supportable pour l'établissement, par le biais d'un emprunt ou de la mobilisation de ressources. Je citais précédemment l'exemple d'hôpitaux ultramarins dans lesquels l'État a pris 100 % des coûts en charge, parce que les structures n'avaient aucune capacité d'autofinancement. Supprimer l'analyse financière reviendrait à créer une véritable bombe à retardement.

Nous prenons totalement en considération dans les décisions d'investissement le rôle et la place sur le territoire d'un établissement. Je dis « totalement », mais cette prise en compte est peut-être insuffisante et perfectible. Reste que l'analyse n'est pas seulement financière. Il ne faut pas la considérer uniquement comme comptable et malthusienne par essence.

L'analyse financière est le meilleur moyen de s'assurer que l'établissement, une fois qu'il aura été ouvert, sera capable de s'en sortir et ne s'enfoncera pas en raison d'un haut de bilan intenable.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1264.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 598 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Bernard Fialaire.

M. Bernard Fialaire. Dans la continuité des amendements présentés tout à l'heure sur la réforme du financement des soins médicaux et de réadaptation, celui-ci vise à garantir les ressources des établissements pour 2024 et 2025.

Il a dû être modifié pour assurer sa recevabilité : il visait à l'origine à garantir aux établissements publics SMR pour les années 2024 et 2025 un financement au moins égal à celui de 2023.

Comme il était indiqué précédemment, la réforme de leur financement fait craindre pour le secteur public une perte estimée à 36 millions d'euros. Si la réforme est souhaitable, elle risque, dans sa forme actuelle et sans les ajustements indispensables, de mettre en difficulté les établissements publics SMR.

Afin de leur garantir des ressources nécessaires, nous souhaitons donc inscrire dans la loi un objectif de sécurisation de leurs recettes d'assurance maladie pour 2024 et 2025, dans l'attente d'une correction de la réforme.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Compte tenu de sa rédaction, il serait difficile de traduire cet amendement de manière opérationnelle. De plus, un dispositif transitoire était prévu.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Comme vous l'avez indiqué, monsieur le sénateur, une rectification a permis à votre amendement de franchir l'obstacle de la recevabilité. Il en résulte un décalage entre le dispositif et l'exposé des motifs...

Plus fondamentalement, nous ne devons pas jeter l'opprobre sur les dispositifs qui poussent les établissements à assurer de l'activité. Il faut à un moment sortir de la garantie de financement.

Pour prendre un exemple, sans incitation, il est souvent difficile de faire admettre des patients en SMR. Or, s'ils n'y vont pas, les intéressés se rendent dans les hôpitaux, où ils bloquent des lits de médecine, donc en aval les urgences. Par conséquent, toutes les mesures qui incitent à l'activité et à la pleine activité des SMR sont plutôt positives.

Sur le plan de la cohérence législative, si je puis dire, mais aussi sur le fond, comme je suis en faveur du maintien d'un dispositif d'incitation, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 598 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 478 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, MM. Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 627 rectifié *bis* est présenté par M. Canévet, Mmes N. Goulet et O. Richard, MM. Delcros, Longeot, Kern, Duffourg et Courtial, Mme Havet et MM. S. Demilly, Henno et Bleunven.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport dressant :

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

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

La parole est à M. Bernard Fialaire, pour présenter l'amendement n° 478 rectifié.

M. Bernard Fialaire. Le secteur privé solidaire est né au XIX^e siècle de la volonté de s'impliquer dans la cité, de prendre soin des plus faibles et d'accompagner avec dignité nos anciens.

Les établissements de ce secteur exercent les missions de service public de la même façon que les établissements publics. Leur engagement a été similaire pendant la crise de la covid-19. Ils subissent pourtant des inégalités de traitement par rapport aux établissements publics de santé, que ce soit en matière de tarification des activités et de moyens financiers alloués. Cette iniquité s'est encore accrue avec la crise sanitaire.

Aussi, pour tenter de remédier à ces injustices, cet amendement a pour objet de procéder à une évaluation annuelle, d'une part, des financements alloués au secteur public et au secteur privé assurant le service public hospitalier, afin, le cas échéant, d'apporter des correctifs, et, d'autre part, des revalorisations salariales accordées à ces mêmes catégories d'établissements.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour présenter l'amendement n° 627 rectifié *bis*.

Mme Nathalie Goulet. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Puisqu'il s'agit d'une demande de rapport, la commission émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. La fameuse annexe 6 vise à répondre à la même question, mais j'ai désormais compris qu'elle n'était pas forcément limpide. Nous travaillerons donc sur ce point.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 478 rectifié et 627 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

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

L'amendement n° 1293, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je retire mon amendement, qui visait à permettre à la commission de présenter le sien...

M. Laurent Burgoa. Quelle galanterie! (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 1293 est retiré.

L'amendement n° 1363 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment les critères de sélection des établissements de santé et les modalités de détermination de la rémunération forfaitaire susmentionnée. La liste des établissements

sélectionnés pour participer à l'expérimentation est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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

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

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. La prise en charge hors des murs hospitaliers est une demande des patients. Dans le cadre d'une chimiothérapie, une hospitalisation à domicile (HAD) est parfois possible. Elle se fait alors sur proposition du médecin oncologue, avec l'accord du patient.

Toutefois, les structures d'hospitalisation à domicile n'ont souvent pas en leur sein les capacités d'assurer la prise en charge en cancérologie. La montée en compétences des équipes paramédicales concernées est une nécessité. Celle-ci passe par des partenariats entre les établissements prescripteurs et les structures d'HAD. Il s'agit de permettre aux hôpitaux d'assurer le suivi et l'appui à ces dernières.

Le déploiement de l'HAD dans le cas des chimiothérapies et ces modalités de prise en charge coordonnée se heurtent cependant à un problème de financement.

C'est pourquoi, en accord avec les établissements, hôpitaux de toutes catégories et centres de lutte contre le cancer, il est proposé d'expérimenter le versement d'un forfait aux établissements MCO autorisés au traitement du cancer dans le cas d'un adressage en chimiothérapie à domicile.

L'adoption de cet amendement permettrait d'évaluer l'efficacité d'un tel financement en matière d'incitation à l'HAD en chimiothérapie. En outre, comme à l'article 23, une démarche expérimentale est ici privilégiée dans le contexte de changements profonds engagés sur le financement des activités MCO.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1363 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 23.

L'amendement n° 966 rectifié, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani, Varailas et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Silvana Silvani.

Mme Silvana Silvani. En 2022, le taux de natalité de la France a atteint son niveau le plus bas depuis 1946 ; l'année 2020 avait aussi été marquée par un taux de natalité très faible. Cette baisse semble s'être poursuivie au cours de l'année 2023.

Plusieurs facteurs pourraient l'expliquer. S'il en est un qu'il faut évoquer, au-delà des difficultés économiques et de la peur de l'avenir, c'est la peur du présent.

Il est difficile de devenir parent dans des conditions sereines : manque de médecins spécialisés et de pédiatres, difficultés à obtenir des places en crèche dans certaines villes et dans certains départements, fermetures temporaires ou définitives de nombreuses maternités, etc. Autant de raisons de s'inquiéter d'un taux de natalité qui pourrait ne pas remonter de sitôt !

La Drees a publié en juillet 2021, dans sa revue *Étude & Résultats*, un article intitulé « La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 » – une période au cours de laquelle 221 établissements avaient été fermés. Cet article soulignait que 900 000 femmes habitent à plus d'une demi-heure de route d'une maternité.

Durant l'été 2022, au moins 10 % des maternités étaient en situation de fermeture partielle. Le nombre de ces établissements est passé de 816 en 1995 à 478 en 2020, soit une baisse de 42 %. Avec environ 1,8 enfant par femme en 2020 et en 2022, nous n'assurons plus le renouvellement de la population.

La situation des maternités nous inquiète. C'est pourquoi nous souhaitons évaluer les conséquences en matière de continuité et d'accès aux soins pour les populations des fermetures de maternités. Nous ne pouvons pas nous contenter de faire des constats et de compter les établissements qui ferment ! Nous avons besoin d'une véritable évaluation des effets de ces fermetures d'établissements.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Malgré l'importance du sujet, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement, car il s'agit d'une demande de rapport.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je comprends votre proposition, mais je ne pense pas qu'un lien puisse être établi – peut-être des études le démontreront-elles ? – entre baisse de la natalité et état des maternités.

Par ailleurs, je le répète, le Gouvernement n'a pas de projet de fermeture de maternités. Nous faisons tout pour les maintenir ouvertes. La dernière dont nous avons été conduits à suspendre l'autorisation avait réalisé au cours de l'année dernière 96 accouchements.

Je l'affirme solennellement : jamais nous ne serons conduits pour des motifs financiers à fermer une maternité, mais jamais je ne laisserai ouverte pour des motifs de présence sur le territoire une maternité dans laquelle les gestes qui nécessitent de l'automatisme et des réflexes sont si peu répétés par les praticiens que la sécurité des soins n'est pas assurée.

Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'une demande de rapport, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Silvana Silvani, pour explication de vote.

Mme Silvana Silvani. Nous ne pouvons pas simplement répondre à cette question par la négative ! Je prends acte du refus du rapport, même s'il ne s'agit pas d'en réaliser un énième : nous demandons une approche scientifique et rigoureuse des effets des fermetures d'établissements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 966 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1046, présenté par MM. Théophile, Patriat et Iacovelli, Mme Nadille, MM. Bitz, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Haye, Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Mohamed Soilihi, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch et Mme Schillinger, est ainsi libellé :

Après l'article 23

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport portant sur le financement des établissements de santé de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane. Ce rapport étudie notamment la possibilité de réévaluer le coefficient géographique, prévu à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, appliqué aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels des établissements implantés dans ces zones.

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1046 est retiré.

Mes chers collègues, à la demande du Gouvernement, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures cinquante-cinq, est reprise à dix-sept heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 24

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa du I de l'article L. 1435-5, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par le mot : « médecins » ;
- ③ 2° Au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et de chirurgiens-dentistes » ;
- ④ 3° La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 6314-1 est supprimée.
- ⑤ II. – Après le 10° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 11° ainsi rédigé :
- ⑥ « 11° Les modalités de rémunération des professionnels de santé mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique au titre de leur participation à la permanence des soins. » – *(Adopté.)*

Article 25

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est ainsi rédigé :
- ③ « 9° Peuvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :
- ④ « a) Prescrire certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- ⑤ « b) Délivrer sans ordonnance certains médicaments, après réalisation d'un test. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des tests d'orientation diagnostique à réaliser et les résultats à obtenir pour délivrer ces médicaments ; »
- ⑥ 2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après le mot : « vaccinations, », sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui délivrent des médicaments en application du b du 9° de l'article L. 5125-1-1 A, ».
- ⑦ II. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑧ 1° (*nouveau*) Au 14°, les mots : « des 9° et » sont remplacés par les mots : « du a du 9° et du » ;
- ⑨ 2° La première phrase du 16° est ainsi rédigée : « La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens, lorsqu'ils réalisent, en application de la mission que leur confie le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des tests suivis, le cas échéant, de la délivrance de médicaments en application du b du 9° du même article L. 5125-1-1 A. »
- ⑩ III (*nouveau*). – Les premiers avis mentionnés au b du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique portent sur les situations des personnes se présentant à l'officine pour odynophagie ou brûlures mictionnelles et sont rendus avant le 1^{er} février 2024.
- ⑪ Dans l'attente de l'entrée en vigueur de nouvelles stipulations conventionnelles entre l'assurance maladie et les représentants des pharmaciens titulaires, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par arrêté conjoint, la tarification des prestations effectuées par les pharmaciens mentionnée au 16° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Cet article vise à élargir les compétences des pharmaciens, qui ont été amenés à jouer un rôle essentiel en termes de vaccination, notamment contre le covid-19 et la grippe, de dépistage des anticorps ou de réalisation des tests antigéniques.

En vertu de cet article, le pharmacien pourra, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) positif, délivrer des médicaments, après expérimentation et

formation. Il pourra prescrire un antibiotique en cas de cystite sans fièvre ou d'angine, si le Trod confirme une angine bactérienne.

Par une telle mesure, qui concerne des affections souvent bénignes, il s'agit de garantir l'accès aux soins dans les zones sous-denses et de libérer du temps médical. On dénombre, je le rappelle, 6 millions de rendez-vous pour des angines et 3 millions pour des cystites.

Il convient bien entendu de limiter la prescription d'antibiotiques, en se fondant sur les résultats du Trod. Le pharmacien, qui aura été formé en ce sens, pourra ainsi délivrer des médicaments sans ordonnance. Tel sera le cas pour des cystites sans fièvre et pour des angines, notamment chez les enfants, sans altération de l'état général. Sinon, ces patients devront être vus par un médecin. Sans doute l'âge minimum des enfants susceptibles de bénéficier de ce dispositif doit-il être fixé en concertation avec les pédiatres.

Sur le principe, je suis très favorable à une telle extension des compétences des pharmaciens, surtout en milieu rural. En effet, ils sont souvent les seuls à être ouverts le samedi après-midi et, parfois aussi, le samedi matin. Ils permettront ainsi à ceux qui, le week-end, ont des cystites sans fièvre, très gênantes, ou des angines bactériennes, très souvent virales et bénignes, de ne pas atterrir aux urgences ou de faire 30 kilomètres ou 40 kilomètres pour être pris en charge par les services d'accès aux soins (SAS) ou un médecin de garde. Cela améliorera ainsi l'accès aux soins dans les territoires ruraux.

M. le président. L'amendement n° 266, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Rédiger ainsi le début de cet alinéa :

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

La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 266.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 415 rectifié est présenté par Mme Lassarde, M. Milon, Mme Berthet, MM. Anglars, Panunzi et Cadec, Mme Dumont, MM. Brisson et Bouchet, Mme M. Mercier, MM. Houpert, Bruyen et Allizard, Mmes Petrus, Micouleau et Gosselin, M. Lefèvre, Mme Aeschlimann, M. Mandelli, Mmes Belhiti et Bonfanti-Dossat et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

L'amendement n° 1272 est présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mme Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Michau et Ouizille, Mmes Lubin, Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et

Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Méryllou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Après la référence :

b)

insérer les mots :

Pour les seuls patients âgés de plus de 10 ans,

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 415 rectifié.

M. Alain Milon. J'interviens au nom de Mme Florence Lassarade, qui ne peut être présente cet après-midi.

Notre collègue Daniel Chasseing l'a dit, l'article 25 tend à autoriser les pharmaciens d'officine à effectuer des Trod angine, puis à délivrer les traitements antibiotiques en cas de positivité de ces tests.

Sans remettre en cause l'utilité d'une telle mesure, il importe toutefois de distinguer la situation des adultes de celle des enfants. Mme Florence Lassarade, je le rappelle, est pédiatre.

Ce qui peut valoir chez les adultes est complètement différent chez les enfants, qui sont davantage exposés à de nombreux virus et bactéries pouvant être responsables d'infections. Aussi, il est indispensable d'effectuer un examen clinique complet avant de prendre une éventuelle décision de réaliser un Trod et, donc, de prescrire un traitement antibiotique en cas de positivité.

Il importe de poser le bon diagnostic, pour y apporter la bonne réponse thérapeutique, sauf à exposer l'enfant à un risque de perte de chance d'être soigné pour la bonne pathologie et à augmenter, de fait, les coûts de prise en charge.

Par ailleurs, la limite d'âge à la réalisation d'un Trod par une personne inconnue et non rompue à cette pratique est liée à son acceptabilité par l'enfant, laquelle se situe entre 6 ans et 10 ans.

C'est pourquoi cet amendement prévoit que cette mesure ne concernera que les patients âgés de plus de 10 ans.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1272.

Mme Émilienne Poumirol. Mon amendement est identique à celui qui a été déposé par Mme Lassarade.

Cet article vise à permettre aux pharmaciens d'officine d'effectuer des Trod et de délivrer des médicaments en cas de positivité des tests.

Toutefois, comme vient de le dire Alain Milon, nous souhaiterions limiter son application aux adultes et aux enfants de plus de 10 ans dans la mesure où il faut effectuer un examen clinique complet des enfants avant de prendre la décision de réaliser un Trod et, donc, de prescrire un antibiotique.

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

Je veux également rappeler l'importance de la réalisation de ces Trod, non pas uniquement par les pharmaciens, mais aussi par les médecins, que nous souhaiterions tant voir effectuer ces tests dans le cadre de leurs consultations.

Cette technique est aujourd'hui très fiable. J'ai fait partie des médecins qui, voilà quelques décennies, ont testé leur fiabilité. On le sait donc depuis très longtemps, ces Trod sont très efficaces.

Une telle aide au diagnostic est très importante. Il est du ressort du médecin généraliste de consacrer les deux ou trois minutes nécessaires à la réalisation de ce test, qui permet de faire une prescription adaptée, avant même que le pharmacien ne voie les patients.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je n'entrerai pas dans le débat concernant l'âge de l'enfant. En la matière, je préfère écouter les spécialistes.

Je vous le rappelle, cet article renvoie à un décret en Conseil d'État pour fixer les conditions d'application de cette nouvelle compétence et pour la limiter, si nécessaire, aux patients de plus de 10 ans.

À cet égard, la compétence de prescription des pharmaciens est d'ores et déjà limitée aux seuls patients âgés de 11 ans et plus.

Par ailleurs, il n'apparaît pas souhaitable de fixer une telle limitation dans la loi, dans la mesure où les choses sont susceptibles d'évoluer en fonction des données scientifiques, des recommandations de la HAS et de l'application observée de ces dispositions.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements identiques non pas sur le principe, mais sur l'intérêt d'inscrire dans la loi une telle limitation.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je ne suis pas non plus un homme de l'art. Je constate simplement – et je rejoins Mme la sénatrice Émilienne Poumirol sur ce point – que la pratique du Trod est encore trop peu développée. Je me réjouis d'ailleurs de lire que le médecin serait très habitué à faire des Trod, tandis que tel ne serait pas le cas du pharmacien. Je ne suis pas tout à fait sûr que cela soit juste !

L'article renvoie à un décret en Conseil d'État, lequel sera pris après avis de la HAS, en particulier sur cette question spécifique.

Vous le savez comme moi, par le biais des ordonnances de prescription conditionnelle, le médecin peut d'ores et déjà confier au pharmacien le soin de faire le Trod, ce qui est d'ailleurs croquignolet !

Votre premier argument consiste à dire que l'examen clinique de l'enfant est absolument nécessaire. Quant à votre second argument, il me convainc moins.

Quoi qu'il en soit, le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements identiques, considérant que ces questions ne sont pas d'ordre législatif. Je le répète, le texte renvoie à un décret en Conseil d'État, qui sera pris après avis de la HAS.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je partage à la fois l'esprit des amendements et la réponse, qui consiste à dire que la question relève du domaine réglementaire.

Toutefois, je souhaite attirer l'attention sur un autre point. Dans le cadre des délégations de tâches, ou du nouveau partage de tâches, une tâche n'est pas isolée.

Tout d'abord, comme Mme Émilienne Poumirol l'a dit, nous avons un problème en ce qui concerne la réalisation des Trod. En effet, alors que 9 millions d'angines sont diagnostiquées dans notre pays, seulement un million de Trod sont réalisés. Cherchez l'erreur !

Ensuite, une fois que le diagnostic est établi, il convient de délivrer un traitement, et donc de choisir un antibiotique. Certes, il existe des référentiels, que les pharmaciens sauront appliquer, comme les médecins – j'en suis d'accord –, mais il faudra qu'ils aient connaissance d'éventuelles interactions et contre-indications, ce qui commence à devenir plus compliqué.

Par ailleurs, qui s'occupera de l'arrêt de travail, si celui-ci s'avère nécessaire ? Quand vous diagnostiquez une angine, vous prescrivez un arrêt de travail. Sur le logiciel du médecin apparaît la durée que l'assurance maladie recommande. Le pharmacien aura-t-il également accès à ce type d'information ?

Dans le cadre des partages de tâches, veillons à instaurer une cohérence ! En effet, nombre de professionnels critiquent et remettent en cause les partages de tâches, qui sont pourtant nécessaires. Ils mettent notamment en avant le fait que le pharmacien ne pourra pas tout faire et que le patient sera finalement contraint de venir les voir, que ce soit pour un certificat pour l'école ou un arrêt de travail.

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

M. Alain Milon. L'amendement que j'ai présenté ne pose pas de problème particulier en termes d'arrêt de travail, puisqu'il ne concerne que les enfants de moins de 10 ans. (*Sourires.*)

J'ajoute que les parents des enfants malades peuvent faire eux-mêmes un certificat pour quelques jours.

Je vais maintenir mon amendement, monsieur le ministre, non pas pour vous contrarier, mais pour montrer la volonté du Sénat de faire respecter, dans les règlements futurs et les préconisations de la HAS, cette limite d'âge de 10 ans.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je ne veux pas allonger les débats, et je m'excuse de reprendre la parole. Comme vous tous, la perspective de siéger samedi m'angoisse ! (*Sourires.*)

Ne distillons pas une espèce de suspicion sur ces sujets ! Et je ne dis pas que c'est ce qui a été fait. Je ne crois pas du tout que les pharmaciens aient l'intention de se substituer aux médecins. Dès qu'ils auront un doute – tel est d'ailleurs l'objet de l'exercice coordonné –, ils renverront le patient vers le médecin.

Pour le coup, l'arbre décisionnel se situe bien en amont du risque. Peut-être l'ai-je déjà évoqué ici, je pense à une scène que beaucoup ont déjà vécue : à 23 heures, un samedi, on découvre qu'on a une cystite. (*M. Bernard Jomier s'exclame.*)

Mme Laurence Rossignol. Je ne pense pas que ce soit le cas de Bernard Jomier ! (*Rires.*)

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je l'entends bien, M. Jomier n'a jamais connu personnellement une telle situation... (*Sourires.*) On a déjà pris du Monuril dix fois dans sa vie. On arrive devant le pharmacien, mais il ne peut pas en délivrer.

Je le redis, si, dans le cadre de l'examen clinique, il y a une suspicion de pyélonéphrite, le pharmacien renverra le patient chez le médecin. Je n'ai aucun doute sur ce point, les pharmaciens n'essaieront jamais, ne serait-ce que pour des raisons déontologiques, d'aller au-delà des tâches qui leur sont confiées. Je parle donc d'une situation d'urgence pour laquelle il n'y a pas de suspicion de complication.

À mes yeux, le fait que le pharmacien soit un acteur de santé publique est une avancée. Il s'agit non pas simplement d'un partage de tâches, mais d'une mutualisation des compétences.

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

M. Daniel Chasseing. Il faut le savoir, les pharmaciens sont souvent intégrés dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa). Ils disposent alors d'un accès au dossier médical partagé ; j'ajoute qu'il existe aussi un dossier pharmaceutique.

Si je suis d'accord avec ce que vient de dire Bernard Jomier, je rappelle que le pharmacien peut prévenir, grâce à cela, d'éventuelles interactions médicamenteuses.

Je vous rejoins, monsieur le ministre, sur le fait que nous sommes là dans le cadre de traitements ponctuels permettant d'éviter que les patients soient obligés d'aller aux urgences pour une cystite ou une angine. Si, le lundi, il y a des problèmes, ils pourront aller voir leur médecin.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour rappeler que deux cent cinquante pharmacies ferment chaque année. Il convient d'être vigilant en la matière, en veillant à les conserver, en particulier en milieu rural.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 415 rectifié et 1272.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 856 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin et MM. Grosvalet, Guiol et Laouedj.

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

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Après la référence :

b)

insérer les mots :

En l'absence de médecin traitant ou de médecin régulateur,

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

La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour présenter l'amendement n° 1018 rectifié *bis*.

Mme Nathalie Goulet. Cet amendement, déposé par notre collègue Franck Menonville, concerne le parcours d'accès simplifié pour les patients en cas d'angine ou de cystite. Il vise à apporter la précision selon laquelle cette mesure s'applique en l'absence de médecin traitant ou de médecin régulateur.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* La commission est défavorable à cet amendement, qui vise à limiter encore plus le champ d'application de l'article.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* L'avis du Gouvernement est également défavorable. En effet, cet amendement n'introduit pas seulement une précision et il ne relève pas du même esprit que la mesure proposée.

Mme Nathalie Goulet. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 1018 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 267, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5, dernière phrase

Après le mot :

délivrer

insérer les mots :

sans ordonnance

II. – Alinéa 6

Après le mot :

délivrent

insérer les mots :

sans ordonnance

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* Il s'agit d'une précision rédactionnelle !

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 267.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 25, modifié.

(L'article 25 est adopté.)

Après l'article 25

M. le président. L'amendement n° 424 rectifié *ter*, présenté par MM. Folliot et J.M. Arnaud, Mme O. Richard, M. Levi, Mme de La Provôté, MM. Kern, Courtial, Duffourg et

Canévet, Mme Puissat, MM. Menonville et Bleunven, Mmes Billon, Perrot, Saint-Pé et Loisier et M. L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

« Les médecins bénéficiant de cette autorisation sont autorisés à avoir chez eux un dépôt de médicaments et à délivrer les médicaments inscrits sur les prescriptions médicales de tous les professionnels médicaux exerçant leur activité au sein d'une maison de santé au sens de l'article L. 6323-3 du présent code.

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

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

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

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

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

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

7° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. La situation des territoires en souffrance au regard de la problématique médicale est communément admise. L'inégal accès à la santé a des répercussions sur l'installation et le maintien des habitants dans les zones sous-dotées, en particulier pour les communes enclavées.

Les médecins pharmaciens ont la possibilité de délivrer les médicaments qu'ils prescrivent à leurs patients. Or un certain nombre de médicaments et dispositifs médicaux innovants leur sont refusés, notamment en termes d'approvisionnement, par les fournisseurs pour le motif qu'ils ne sont pas inscrits en tant que pharmaciens sur la liste des officines habilitées.

Cet amendement a donc pour objet d'inscrire les pharmaciens sur les listes établies par les ARS, afin qu'ils puissent participer au mieux au développement de l'offre de soins et à l'effort sanitaire, notamment en cas de crise sanitaire comme la crise du covid-19.

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

Mme Frédérique Puissat. Défendu !

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* Cet amendement vise à assouplir les conditions d'autorisation d'exercice des médecins pharmaciens exerçant dans une commune dépourvue d'officine autorisée à délivrer directement des médicaments.

La commission est très favorable à ce statut, qui rend d'ailleurs de nombreux services sur les territoires. Toutefois, considérant que l'assouplissement prévu est trop important, elle a émis un avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre.* Avis défavorable pour les mêmes motifs.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n° 878 rectifié *bis*, présenté par M. Duffourg, Mme Vermeillet, MM. Laugier et Henno, Mme Perrot, MM. Delcros et J.M. Arnaud, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Gremillet, Guerriau et Longeot, Mme Aeschlimann et MM. Bleunven et Maurey, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

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

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments et dispositifs qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil

d'État fixe les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité. »

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Afin de réduire le gaspillage de médicaments, mais aussi de petits matériels médicaux, il est proposé de modifier l'article du code de la santé publique concerné.

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

L'amendement n° 423 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini et Guiol, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 1024 rectifié *ter* est présenté par Mme Havet, MM. Fouassin, Iacovelli, Buis et Rambaud, Mmes Schillinger et Phinera-Horth, M. Rohfritsch, Mmes Cazebonne et Nadille et MM. Lemoyne, Canévet, Buval, Haye et Patient.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

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

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

La parole est à M. Bernard Fialaire, pour présenter l'amendement n° 423 rectifié *bis*.

M. Bernard Fialaire. La loi de 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire permet la délivrance à l'unité de certains médicaments, afin de limiter le gaspillage dans ce domaine.

Nous proposons d'étendre cette possibilité aux dispositifs médicaux, souvent conditionnés en grande quantité. Ils ont une durée de conservation limitée, en raison justement de leur conditionnement, ce qui engendre un important gaspillage. Chaque année, des milliers de dispositifs médicaux inutilisés finissent ainsi à la poubelle.

Un conditionnement unitaire de certains dispositifs médicaux permettrait de stopper cette gabegie.

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1024 rectifié *ter*.

Mme Solanges Nadille. Cet amendement est identique à celui qui vient d'être présenté.

Depuis des années, on déplore le gaspillage de médicaments, notamment dans le cadre des soins à domicile. Le coût de la consommation moyenne de médicaments des Français est 40 % plus élevé que celui de ses voisins européens. Ils jettent en moyenne, par an, 1,5 kilo de médicaments non utilisés.

Dans un contexte de sobriété et de maîtrise de nos dépenses, cet amendement vise à mettre en place des mesures en faveur d'une consommation plus adaptée.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 588 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattlebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Afin d'éviter le gaspillage des médicaments, l'article L. 5123-8 du code de la santé publique offre la possibilité de délivrer certains médicaments à l'unité. Je suppose qu'une telle mesure n'est guère prise des pharmaciens.

On constate qu'un gaspillage très important existe également avec les dispositifs médicaux, souvent délivrés au-delà des besoins effectifs du patient.

Le présent amendement vise donc à garantir que la délivrance de dispositifs médicaux ne peut excéder les besoins effectifs du patient en termes de soins. Je pense aux patients, auxquels on prescrit, après une intervention, des dispositifs médicaux très importants.

Je le rappelle, les infirmiers peuvent prescrire des compléments de dispositifs médicaux, et il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance du médecin dans ce cas.

Si le fait de délivrer des médicaments à l'unité ne me paraît pas valable, il me semble qu'on peut avancer dans cette voie pour lutter contre le gaspillage des dispositifs médicaux.

M. le président. L'amendement n° 992 rectifié, présenté par MM. Hochart, Szczurek et Durox, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à M. Aymeric Durox.

M. Aymeric Durox. Permettez-moi de rappeler un chiffre alarmant : 33 000 personnes décèdent des suites d'une résistance aux antibiotiques. En 2050, dans le contexte actuel, si rien ne change, 240 000 décès seront liés à cela.

C'est pourquoi nous présentons cet amendement, qui représente à nos yeux un enjeu de santé publique et de bien-être individuel. Nous défendons l'obligation, pour la pharmacie d'officine et la pharmacie à usage intérieur, de délivrer les antibiotiques à l'unité. Cette distribution à l'unité permet de réduire le risque d'erreur médicamenteuse, la confusion ou l'oubli de doses par les patients. Elle favorise la bonne prise et l'efficacité des thérapeutiques.

C'est aussi un enjeu environnemental et économique, la distribution à l'unité permettant d'éviter le gaspillage. Cet amendement offre sécurité et efficacité à nos concitoyens et permet d'éviter la pénurie, en corrélant prescription du médecin et délivrance du médicament.

M. le président. L'amendement n° 883 rectifié *bis*, présenté par Mme Blatrix Contat, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme Florence Blatrix Contat.

Mme Florence Blatrix Contat. Comme pour les précédents amendements, il s'agit d'éviter le gaspillage des médicaments, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

Je souhaite attirer votre attention sur les conclusions de deux rapports récents. D'abord, le rapport de notre ancienne collègue Laurence Cohen sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française nous alerte sur l'augmentation des signalements de ruptures par les pharmaciens. Ensuite, l'OCDE, dans son rapport relatif à la gestion des déchets pharmaceutiques des ménages, évalue la quantité de médicaments jetés en France à 17 600 tonnes par an.

Ces conclusions mettent en exergue une double problématique concernant notre mode de consommation des médicaments, celle de la pénurie, d'une part, celle de leur gaspillage, d'autre part. Ainsi, endiguer l'une impose d'agir sur l'autre, et inversement. Ce constat est confirmé et complété par les professionnels.

Cet amendement entend répondre à ce double objectif. Il s'inscrit dans une dynamique globale de réduction des déchets et de sobriété de la consommation, en permettant de lutter efficacement contre le gaspillage des médicaments.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 992 rectifié vise à rendre obligatoire la délivrance de médicaments à l'unité, chaque fois que leur forme galénique le permet. La commission s'est opposée à une telle mesure, qu'elle juge largement inopérante pour

lutter contre les ruptures de stock dans la mesure où elle n'est pas possible pour les formes galéniques les plus fréquemment en situation de pénurie.

Par ailleurs, la dispensation à l'unité est chronophage pour les pharmaciens et n'empêche pas le patient de conserver des médicaments en cas d'inobservance de la prescription.

Par conséquent, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Quant aux amendements n° 878 rectifié *bis*, 423 rectifié *bis*, 1024 rectifié *ter*, 588 rectifié *bis* et 883 rectifié *bis*, ils visent à prévoir que la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs du patient en termes de soins.

La catégorie des dispositifs médicaux regroupe plus de 80 000 classes de produits extrêmement divers. Ils peuvent être dispensés non seulement par des professionnels de santé tels que les pharmaciens, les opticiens ou les audioprothésistes, mais également par d'autres professionnels tels que les prestataires de services et distributeurs de matériel.

C'est pourquoi il paraît délicat d'imposer ainsi une obligation générale, même si l'on comprend bien les enjeux d'économie pour l'assurance maladie.

Dans ces circonstances, face à ces difficultés techniques, je voudrais connaître l'avis du Gouvernement.

J'en profite pour vous poser une question, monsieur le ministre, sur la maîtrise de la délivrance des dispositifs médicaux dans les prochaines années. Dans quelle mesure ceux-ci seront-ils intégrés à la charte de bonnes pratiques prévue pour endiguer la pénurie des produits de santé ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je n'hésite pas à émettre un avis défavorable sur l'amendement n° 992 rectifié, qui me paraît à la fois peu opérant et peu conforme à la réalité. Pour ceux qui s'y connaissent, en pharmacie, la dispensation à l'unité est un défi logistique et de sécurité sanitaire. Basculer de la possibilité à l'obligation me paraît donc prématuré.

Je suis quelque peu tourmenté au sujet des autres amendements, car je suis convaincu sur le fond.

Je serais tenté d'émettre un avis favorable et de m'en remettre à un décret visant à préciser les conditions de sécurité sanitaire, notamment parce que les industriels n'ont pas forcément prévu le conditionnement permettant de faire des découpages pour dispenser leurs produits à l'unité. Il s'agirait ainsi d'une disposition législative d'appel nécessitant ensuite un cadrage extrêmement strict en termes de sécurité, d'autant, cela vient d'être dit, que les pharmaciens ne sont pas les seuls à dispenser des produits médicaux.

J'émetts donc un avis favorable, mais en précisant explicitement devant le Sénat que nous devons mettre en place, par décret, après avis de la HAS, les conditions de délivrance. Quoi qu'il en soit, il est important d'envoyer un signal pour mettre un terme au gaspillage en la matière. Nos armoires à pharmacie sont quelquefois trop remplies de choses dont nous n'avons pas forcément besoin.

Monsieur le président de la commission, vous m'avez posé une question sur les dispositifs médicaux. Sont-ils dans la charte ? J'ai reçu la semaine dernière tous les industriels et les acteurs de la chaîne du médicament. Cette année, nous ne sommes pas, comme l'an dernier, dans une gestion de la

pénurie. Je pense aux médicaments génériques, qui ne sont pas innovants. Nous avons sur le territoire national les stocks nécessaires.

En revanche, nous constatons une dérégulation totale du système de distribution du médicament, avec notamment, des pharmaciens – disant cela, je ne leur jette pas la pierre, car leur comportement est parfaitement rationnel – qui essaient d'obtenir directement auprès des industriels les doses, en particulier d'amoxicilline. S'ils les stockent, ce n'est pas pour le plaisir, mais parce qu'ils souhaitent pouvoir répondre à la demande. Dans ce cadre, les industriels privilégient souvent, quant à eux, les plus grosses officines au détriment des pharmacies rurales, qui se retrouvent alors en pénurie.

J'ai demandé la semaine dernière à la présidente de l'ordre des pharmaciens de me remettre sous dix jours une charte. Je souhaite en revenir au rôle structurant du grossiste répartiteur : c'est à lui de passer les commandes à l'industriel. Je propose donc *grosso modo* le retour à une répartition à 80/20 ou à 70/30, à savoir que 80 % de médicaments sont commandés par le grossiste répartiteur auprès de l'industriel, le reste étant commandé en direct. Les grossistes répartiteurs ont fait la preuve de leur efficacité.

J'inclus dans cette procédure les molécules sensibles, mais aussi certains dispositifs médicaux. Nous rencontrons en effet aujourd'hui sur certains produits, comme les médicaments pédiatriques, conditionnés souvent en flacons en verre ou en pipettes, un problème d'approvisionnement. Nous mettons donc aussi ces médicaments sous surveillance. Tous les acteurs de la chaîne ont compris, il me semble, leurs responsabilités.

En tout état de cause, je vous présenterai un dispositif visant à renforcer les compétences de police sanitaire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), notamment pour prendre la main en cas de dérégulation. Aujourd'hui, cette possibilité n'existe pas. Notre seule solution, à l'heure actuelle, est de faire du *name and shame* – tous les industriels et tous les acteurs l'ont compris. Si la charte n'est pas « mordante », je donnerai à voir aux Français l'état de la situation, en pointant les responsabilités de chacun...

Je suis donc favorable à ces amendements, à l'exception de l'amendement n° 992 rectifié.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Vous venez d'évoquer, monsieur le ministre, des questions qui seront abordées dans la suite du texte.

Je veux insister sur le rôle que vous pourriez avoir pour contrôler les industriels et les packagings. Nous connaissons tous des patients qui, après s'être fait poser trois points de suture dans leur établissement de santé de proximité – clinique ou autre –, ressortent avec des prescriptions pour cinquante boîtes de compresses, des champs stériles, des pinces, des ciseaux, etc. Avec cela, ils pourraient tenir un siège pendant vingt ans !

Les industriels devraient être mis à contribution. Le pharmacien est souvent obligé de délivrer un sac entier de compresses, ce qui est sidérant quand il s'agit de plaies très bénignes – sans parler de la note pour la sécurité sociale !

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

Mme Nathalie Goulet. J'ai également été saisie de cette question. Quand un malade sort de l'hôpital, il a parfois affaire directement à un prestataire qui lui fournira une quantité très importante de compresses ou autres, au détriment de la pharmacie locale qui pourrait très bien distribuer les produits dont le malade a besoin en quantité plus raisonnable et dans un flux plus continu.

Tout cela porte préjudice aux petites pharmacies, en particulier en milieu rural.

Des cabinets de conseil à l'intérieur des hôpitaux orientent ainsi les patients vers des prestataires, au détriment des pharmacies en milieu rural.

Il y a là un problème à la fois déontologique, mais aussi financier. Notre collègue vient de parler de la gabegie sur un certain nombre de produits. Il serait utile de demander aux personnels des hôpitaux de se renseigner pour savoir si, quand un malade sort, il a ou non une pharmacie de proximité. Dans l'affirmative, il serait beaucoup plus facile de passer par elle pour délivrer le stock de médicaments de façon régulière, au fur et à mesure des besoins, plutôt que de faire sortir le patient de l'hôpital avec des caisses entières de produits dont on ne sait pas du tout s'ils seront utilisés ou s'ils se périmeraient avant usage.

Il s'agit d'un problème récurrent qu'il importe de prendre en considération.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je partage totalement votre point de vue. Bien sûr, il n'y a pas là 500 millions d'euros d'économies à réaliser. Pour autant, si j'ai souhaité demander dans ce PLFSS un effort d'économies aux hôpitaux sur les achats, c'est notamment en ayant ce point à l'esprit.

À l'heure actuelle, certains patients quittent l'hôpital ou sortent de leur pharmacie avec une valise entière de produits. Nous avons d'importants gains à faire. L'hôpital n'a pas pour mission de délivrer la totalité des médicaments postopératoires. Je rejoins donc votre avis, c'est l'un des éléments que je suivrai de près en termes d'efficacité de la dépense hospitalière.

Les mesures et les ambitions d'économies ne sont pas uniquement strictement comptables. Il s'agit là d'abord d'un état de fait insoutenable.

Par ailleurs, je rejoins la préoccupation du sénateur Daniel Chasseing, qui est également celle de l'ensemble du Sénat, sur notre réseau de pharmacies – la France en compte environ 21 000 aujourd'hui. Je rappelle que des expérimentations sont en cours sur les antennes officinales, dont nous ne connaissons pas encore les résultats.

C'est un vrai débat. Quand, dans une petite ville, une pharmacie ferme, l'agrément ne peut pas forcément être repris, notamment si l'on passe en dessous des seuils. J'ai demandé que ce point soit examiné. C'est un sujet sur lequel la compétence des ARS est totalement liée.

La question du maintien du tissu officinal est donc un sujet majeur. Il n'y a pas de désert officinal à l'heure actuelle dans notre pays ; nous devons nous battre pour que cela continue. À défaut, nous entrerions dans une nouvelle ère de difficultés.

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

M. Daniel Chasseing. Je suis d'accord avec les remarques de Mme Goulet. Certaines personnes sortent de l'hôpital avec de très grosses boîtes de compresses qui ne serviront que quelques jours, car elles souffrent seulement de petites plaies nécessitant uniquement des soins infirmiers. Il y a là des économies à faire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 878 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 25, et les amendements n° 423 rectifié *bis*, 1024 rectifié *ter*, 588 rectifié *bis*, 883 rectifié *bis* et 992 rectifié n'ont plus d'objet.

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

L'amendement n° 35 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon et Burgoa, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

a) Le II est ainsi modifié :

- au premier alinéa, après les mots : « d'une spécialité figurant dans un groupe générique », sont insérés les mots : « , biosimilaire mentionné au 15° de l'article L. 5121-1 » ;

- au deuxième alinéa, après les mots : « une spécialité du même groupe générique », sont insérés les mots : « , du même groupe biosimilaire » ;

- après le troisième alinéa, est inséré un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution ne peut pas être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe biosimilaire. » ;

b) Au premier alinéa du III, après les mots : « une spécialité du même groupe générique », sont insérés les mots : « , du même groupe biosimilaire » ;

2° L'article L. 5125-23-2 est abrogé.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Les médicaments biologiques similaires constituent une alternative sûre et efficace aux médicaments biologiques de référence, comme en témoigne la position de l'Agence européenne du médicament (EMA) d'avril 2023 en faveur d'une automaticité de l'interchangeabilité entre les médicaments biologiques de référence et leur biosimilaire dès l'obtention de leur autorisation de mise sur le marché.

L'expérience de la substitution engagée l'année passée sur deux molécules démontre également que la solution de remplacement que sont les médicaments biologiques similaires représente une vraie source d'économie pour la sécurité sociale.

Ainsi, ce marché représente 1,03 milliard d'euros de dépenses remboursées au premier semestre 2023, soit plus de 8 % des dépenses remboursées de l'ensemble des médicaments en ville sur la même période.

Il convient donc dès maintenant de prévoir une possibilité de substitution de tous les biosimilaires.

En effet, la possibilité pour le pharmacien de substituer un médicament biologique de référence prescrit par un médecin par son biosimilaire, lorsque certaines conditions sont remplies, apparaît comme un levier efficace pour contribuer à accroître la pénétration des biosimilaires.

Une telle mesure permettrait également de gagner en lisibilité tant pour les professionnels de santé que pour les patients, en mettant en place un dispositif de substitution clair et simple.

M. le président. L'amendement n° 1300 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À défaut, deux ans après la publication de l'arrêté d'inscription sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale du premier médicament biologique similaire, un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale autorise le pharmacien à délivrer par substitution au médicament biologique de référence un médicament biologique similaire appartenant à ce groupe sauf avis contraire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé publié avant la fin de cette période. L'avis de l'Agence peut comprendre le cas échéant des conditions de substitution et d'information et des mises en garde de nature à assurer la continuité du traitement en vue de la substitution par le pharmacien. »

II. – Pour la mise en œuvre du 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique concernant les médicaments biologiques similaires déjà inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale avant la publication de la présente loi, l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doit intervenir avant le 31 décembre 2024.

La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'amendement du Gouvernement, monsieur Milon, va dans le même sens que le vôtre. Je souhaite d'ailleurs que vous vous ralliez à sa rédaction, car – nous ne l'avons pas écrit de manière explicite – les associations de patients se sont montrées très dubitatives sur cette mesure lors de la concertation et ont manifesté beaucoup de prévention et de craintes.

Nous sommes arrivés à un point d'équilibre, en proposant d'abord deux ans de commercialisation avant de mettre en place une automaticité. Je ne pensais pas qu'il y aurait autant de réticences. Elles sont bien réelles, j'en veux pour preuve les réactions de certains, encore aujourd'hui, par rapport aux génériques. Je préfère que nous respections l'accord

informel auquel nous sommes parvenus avec les associations de patients. C'est tout le sens de l'amendement du Gouvernement.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. En présentant votre amendement, monsieur le ministre, vous avez fait mon argumentaire !

Les deux amendements allant dans le même sens, par souci d'efficacité et de souplesse, la commission est favorable à l'amendement n° 35 rectifié *bis* de notre collègue Alain Milon, et donc défavorable à l'amendement n° 1300 rectifié du Gouvernement.

M. Aurélien Rousseau, ministre. C'est blessant ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 35 rectifié *bis*.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 25, et l'amendement n° 1300 rectifié n'a plus d'objet.

Article 26

- ① L'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) Les mots : « des dispositions du titre IV du livre II » sont remplacés par les mots : « du titre II du livre VI de la quatrième partie » ;
- ⑤ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude mentionné au II de l'article L. 4624-2 du code du travail, certains actes de cet examen, préalables à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude, peuvent être délégués à un infirmier en santé au travail dans le cadre d'un protocole écrit et dans les conditions prévues aux articles L. 4622-8 et L. 4623-9 du même code. Lorsque l'infirmier en santé au travail constate des éléments pouvant justifier une inaptitude au poste de travail ou estime nécessaire de proposer l'une des mesures prévues à l'article L. 4624-3 dudit code, il oriente sans délai le travailleur vers le médecin du travail pour qu'il réalise tous les actes de l'examen médical d'aptitude. » ;
- ⑦ 3° Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑧ 4° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – ».

M. le président. L'amendement n° 268, présenté par Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 6

I. – Première phrase

1° Après le mot :

écrit

insérer les mots :

établi conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique

2° Remplacer les mots :

même code

par les mots :

code du travail

II. – Seconde phrase

Remplacer le mot :

dudit

par les mots :

du même

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Marie-Pierre Richer, *rapporteure de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Cet amendement vise à sécuriser davantage le dispositif, en prévoyant un encadrement renforcé de l'établissement des protocoles de délégation entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail, qui devront s'établir conformément aux dispositions les régissant dans le code de la santé publique.

J'en profite, monsieur le ministre, pour souligner qu'il nous semble opportun d'élargir le dispositif au-delà des seuls salariés agricoles.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Cet amendement vise à sécuriser plus fortement l'encadrement des protocoles de délégation entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail pour le suivi individuel renforcé des salariés agricoles.

Il se réfère à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique. Or la notion de protocole écrit émane de dispositions législatives spéciales figurant à l'article L. 4624-1 et suivants du code du travail.

Les protocoles écrits prévus par ces dispositions relèvent, en effet, de la responsabilité et du choix de chaque médecin du travail, qui reste libre d'en définir le périmètre exact dans les limites des missions qu'il peut déléguer selon les compétences de chaque professionnel.

En revanche, les protocoles de coopération auxquels votre amendement renvoie dans le code de la santé publique ne sont pas de même nature. Ils visent un ensemble de professionnels à l'échelle nationale et répondent, en outre, à une procédure précise sous le contrôle d'un comité national de coopération interprofessionnelle qui donne notamment un avis sur leur financement par l'assurance maladie.

En conséquence, la proposition d'un renvoi à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique n'aurait pas l'effet escompté de sécurisation du dispositif prévu par le présent article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, puisqu'il n'est pas applicable à ce type de délégation.

Je tiens cependant à vous rassurer : les dispositions du code du travail permettent de sécuriser pleinement l'exercice de cette délégation.

Après cette explication limpide, (*Sourires.*) j'é mets un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 268.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1236, présenté par Mme Lubin, MM. Lurel, Mérillou, Ouizille et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy et Chantrel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Kerrouche et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La liste des actes pouvant ainsi être délégués fait l'objet d'un avis de la Haute Autorité de santé.

La parole est à Mme Monique Lubin.

Mme Monique Lubin. Cet amendement vise à prévoir la remise d'un avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes pouvant faire l'objet d'une délégation à l'infirmier en santé au travail dans le cadre d'un renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles.

Le regard de la Haute Autorité de santé sur l'établissement d'une liste des actes pouvant être délégués à l'infirmier en santé au travail dans ce cadre semble indispensable. Or aucune consultation d'une autorité d'expertise indépendante, telle que la Haute Autorité de santé, n'est prévue dans l'article 26.

Ce défaut que nous déplorons est cohérent avec l'absence de stratégie du Gouvernement face à la crise de la médecine du travail.

Cette dernière est en effet exsangue, car elle connaît une véritable pénurie de personnel. S'il y avait 6 000 médecins du travail il y a dix ans, il n'y en a plus que 3 500 aujourd'hui.

Dans le même temps, la loi pour renforcer la prévention en santé au travail, entrée en application à partir du 1^{er} avril 2022, qui prévoit une visite médicale de mi-carrière, un suivi médical renforcé et une meilleure prévention des risques, met l'accent sur la prévention. L'objectif est impossible à tenir.

Dans ce contexte, l'objet du présent amendement est de remédier à un « oubli » symptomatique, en l'occurrence au fait qu'aucune consultation d'une autorité d'expertise indépendante, telle que la Haute Autorité de santé, n'est prévue à l'article 26.

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

Mme Marie-Pierre Richer, *rapporteure*. Cet amendement n'a semblé ni souhaitable ni nécessaire à la commission dès lors que l'article 26 se borne à prévoir des délégations d'actes entre le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail dans la limite des compétences des infirmiers.

Il n'y a donc pas véritablement de nouveauté dans les actes que les infirmiers seraient autorisés à pratiquer si l'article 26 était adopté.

Cet amendement n'est pas nécessaire non plus dès lors que la commission a déjà proposé un amendement pour mieux encadrer les protocoles de délégation entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail.

Il n'est pas davantage souhaitable dès lors qu'il vise à ajouter une nouvelle mission à la HAS, qui peine déjà à assurer l'ensemble des missions qui lui sont dévolues puisqu'elles ne cessent de s'élargir à moyens quasi constants.

Par conséquent, la commission a émis un avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Il n'est pas cohérent de faire au Gouvernement le procès de vouloir tuer la médecine du travail.

Cet article permet, si un protocole de coopération existe sur les mêmes actes ailleurs, de ne pas repasser par un avis de la HAS. Tous ceux qui connaissent l'hôpital savent que rendre les protocoles de coopération plus accessibles a été un véritable combat. Or ces protocoles donnent aux infirmiers un terrain d'expertise et d'expérience beaucoup plus large.

Le changement proposé évite de faire valider les mêmes protocoles de coopération par la HAS. Il s'agit d'un progrès, y compris pour l'intérêt du travail des infirmiers en santé au travail. Il serait inutile, à mon sens, d'alourdir une procédure qui fonctionne déjà bien à l'hôpital. Voilà pourquoi j'émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. J'ai le sentiment, monsieur le ministre, que vous avez interprété de façon abusive cet amendement. Nous ne disons nullement que le Gouvernement souhaite tuer la médecine du travail. Il s'agit d'un constat : le nombre de médecins du travail ne fait que diminuer drastiquement.

En fin d'études, au moment du choix de carrière, la médecine du travail est la filière qui est choisie en dernier, avec la psychiatrie. Ce n'est pas un hasard... Il s'agit pourtant d'un métier qui peut être passionnant.

Nous comprenons l'intérêt de déléguer aux infirmiers en santé au travail, car il faut bien pallier la pénurie de médecins. Nous proposons simplement de passer par la HAS pour savoir quelles sont les délégations possibles.

Nous ne vous accusons absolument pas de vouloir tuer la médecine du travail ; elle est en train de mourir depuis plusieurs années. Nous avons de plus en plus de mal à trouver des médecins du travail. Il importe de s'interroger sur l'attractivité de la médecine du travail, domaine pourtant passionnant.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1236.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26, modifié.

(L'article 26 est adopté.)

Après l'article 26

M. le président. L'amendement n° 1297, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

1° L'article L. 165-1 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa d'un produit ou d'une prestation sous forme de nom de marque ou de nom commercial est subordonnée à la transmission la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9, ou un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, sauf dans le cas où il déclare sur l'honneur qu'il n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification.

« En cas de manquement par un exploitant à un engagement souscrit à l'alinéa précédent, les produits et prestations inscrits par cet exploitant sont alors radiés de la liste mentionnée au premier alinéa. » ;

2° L'article L. 165-5-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa de l'article L. 165-5-1 après les mots : « exploitant ou distributeur au détail » sont insérés les mots : « et pour l'exploitant ou le distributeur au détail à la détention de la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l'attente de l'obtention de la certification. L'exploitant ou le distributeur qui ne diligente pas d'activités de présentation d'information et de promotion, telles que visées par la charte, fournira une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ce code ne peut être obtenu que sur présentation par l'entreprise du certificat ou d'une attestation sur l'honneur qu'elle n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification. » ;

3° L'article L. 165-6 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« IV. – Peuvent seuls adhérer aux accords locaux ou nationaux mentionnés au I, les distributeurs au détail détenant la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou s'étant engagés à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l'attente de l'obtention de la certification. L'exploitant ou le distributeur qui ne diligente pas d'activités de présentation d'information et de promotion, telles que visées par la charte, fournira une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation.

« V. – Les produits et prestations inscrits sur la liste définie à l'article L. 165-1 délivrés par un distributeur au détail ne sont pris en charge par l'assurance maladie que si l'entreprise détient la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou s'est engagé à se faire certifier, en l'attente de l'obtention de la certification, ou une déclaration sur l'honneur qu'il n'a ni ne diligente d'activité visée par la charte et la certification. »

II. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'objet de cet amendement est de clarifier le périmètre et d'améliorer l'application de la charte de la visite médicale prévue depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Cette charte constitue le socle de la régulation des activités de présentation, d'information et de promotion des produits de santé et prestations remboursés. Son objectif est de garantir un recours raisonné aux produits de santé et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, l'intention du législateur portait sur son application à l'ensemble des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations.

Or la rédaction actuelle, à la suite de modifications induites par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, a restreint l'application de la charte aux seuls produits inscrits sous nom de marque.

Le présent amendement vise, dès lors, à sécuriser le périmètre d'application de la charte dans son périmètre initial de 2019, en incluant non seulement les produits sous nom de marque, mais aussi les produits et prestations sous description générique, qui représentent 75 % de la dépense remboursée.

Il s'agit donc de corriger un effet de bord lié à une modification introduite par la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1297.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 26.

L'amendement n° 481 rectifié *ter*, présenté par M. Ouizille, Mme Narassiguin, MM. Fichet, M. Weber et Redon-Sarrazy, Mme G. Jourda, M. Ziane, Mmes Canalès et Blatrix Contat, M. Lurel, Mme Espagnac, MM. Mérillou, Montaugé, Bourgi et Tissot, Mme Bonnefoy, MM. Gillé et Ros, Mmes Conway-Mouret et Conconne et MM. P. Joly et Roiron, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4111-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont autorisés à exercer leur activité en ville dans les conditions prévues à l'article L. 4111-1-3. »

2° Après l'article L. 4111-1-2, il est inséré un article L. 4111-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4111-1-3.* – Toute nouvelle installation d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste en ville au sens de l'article L. 4111-1 est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé du territoire où se situe la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste, après avis simple, rendu dans les trente jours suivant sa saisine, du conseil départemental de l'ordre dont il relève.

« Si la résidence professionnelle principale du médecin ou du chirurgien-dentiste est située dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4, l'autorisation est délivrée de droit.

« Dans le cas contraire, l'autorisation d'installation ne peut être délivrée qu'à la condition qu'un médecin ou un chirurgien-dentiste de la même spécialité et exerçant dans la même zone cesse concomitamment son activité. Cette autorisation est de droit.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins et du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

« Ce décret est pris dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi. »

II. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport qui formule des propositions afin de cibler des aides à l'installation vers les zones où l'offre de soins est la plus dégradée.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Cet amendement vise à fléchir l'installation des médecins – généralistes et spécialistes – et des chirurgiens-dentistes vers les zones où l'offre de soins est insuffisante. Nous reprenons ici l'esprit de l'article 4 de la proposition de loi de ma collègue Émilienne Poumirol, examinée au Sénat en décembre 2022.

En zone sous-dotée, l'autorisation serait délivrée de droit pour toute nouvelle installation. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire lorsque l'offre de soins est au moins suffisante, l'autorisation serait délivrée uniquement si l'installation fait suite à la cessation d'activité d'un praticien pratiquant la même spécialité sur ce territoire.

L'autorisation d'installation interviendrait après consultation, par l'ARS, de l'ordre départemental des médecins ou de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes.

Il s'agirait d'un premier pas vers la régulation de l'installation des médecins et des chirurgiens-dentistes sur le territoire, qui permettra, à tout le moins, de stopper la progression des inégalités entre territoires.

Cette mesure vise à orienter l'installation des professionnels de santé vers les zones où l'offre est la moins dense par un aménagement du principe de la liberté d'installation, qui continuerait de prévaloir.

Les politiques d'incitation à l'installation des médecins dans les zones sous-denses restent bien entendu nécessaires. Mais elles ne répondent pas à l'urgence de la situation pour nombre de territoires et doivent être complétées.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à conditionner l'installation des médecins et chirurgiens-dentistes dans les zones non sous-denses à une cessation d'activité concomitante sur le même territoire.

Nous avons longuement débattu de ce type de sujet, il y a quelques semaines, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite proposition de loi Valletoux.

J'émet donc un avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Nous avons effectivement examiné longuement il y a trois semaines la proposition de loi Valletoux. J'émet également un avis défavorable, éclairé par les heures de débats que nous avons eues à cette occasion.

Mme Céline Brulin. Le débat est donc clos ?

M. le président. La parole est à Mme Corinne Narassiguin, pour explication de vote.

Mme Corinne Narassiguin. C'est en effet un débat que nous avons déjà eu lors de l'examen de la proposition de loi Valletoux, mais si l'on revient à la charge, c'est que le problème reste entier.

La désertification médicale touche 90 % de notre territoire, que ce soit en zone rurale ou urbaine, comme dans mon département, la Seine-Saint-Denis, où on pourrait penser que la proximité avec Paris jouerait en notre faveur. Force est de constater que l'on rencontre les mêmes problèmes d'accès aux soins dans les zones très urbaines que dans les zones rurales.

Des travaux sont menés de manière transpartisane à l'Assemblée nationale. C'est une thématique qui dépasse les bords politiques. Il serait temps de laisser place à un peu d'imagination et d'accepter de passer par des solutions nouvelles, et beaucoup plus contraignantes pour les médecins.

Certes, il s'agit de professionnels libéraux, mais les médecins sont quand même très largement subventionnés par l'argent du contribuable.

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

Mme Nathalie Goulet. Je soutiens traditionnellement ce type d'amendement. C'est un débat que nous avons déjà eu plusieurs fois. Il n'y a pas d'un côté les gentils et de l'autre les méchants ; on peut avoir une opinion différente sur ces sujets. Il existe d'importants problèmes de démographie médicale un peu partout. Nous tenons là une occasion d'agir.

Du temps de la loi HPST, nous avons voté un dispositif légèrement contraignant, très vite supprimé par l'adoption d'une proposition de loi déposée par notre ancien collègue Alain Vasselle.

On nous répond que cela ne fonctionne pas, mais on n'a jamais vraiment essayé ! Je voterai donc cet amendement.

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

M. Daniel Chasseing. Mon intervention ne sera pas appréciée des médecins, mais nous avons tellement de difficultés à les attirer en milieu rural que je soutiendrai également cet amendement, d'autant qu'il n'est pas très contraignant.

Il s'agit simplement, en zones hyperdenses – d'aucuns nient leur existence –, de délivrer une autorisation uniquement si l'installation fait suite à la cessation d'activité d'un praticien.

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

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 48 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	337
Pour l'adoption	75
Contre	262

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 1122 rectifié, présenté par M. Lurel, Mme Bélim, MM. Mérillou et Pla, Mme Conway-Mouret, M. P. Joly et Mmes Monier et Conconne, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Au premier alinéa de l'article L. 4131-5 du code de la santé publique, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2026 ».

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

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

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Cet amendement vise à faire face à la désertification médicale, qui est aussi à l'œuvre dans les outre-mer.

L'article 71 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019 a prévu de permettre aux praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) de s'installer aux Antilles, en Guyane et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Cette mesure prise à titre dérogatoire et à titre transitoire doit prendre fin au 31 décembre 2025, sans qu'aucune évaluation quantitative et qualitative de l'impact de cette facilitation de recrutement de praticiens formés en dehors du territoire national sur l'offre ait été produite.

Il est donc proposé de reporter cette échéance à 2026.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le sénateur, votre demande va être satisfaite par la proposition de loi Valletoux, dans laquelle nous avons reporté l'échéance à 2030 et ajouté Mayotte, qui ne figurait pas sur la liste.

La commission mixte paritaire sur ce texte n'ayant pas encore été réunie, un doute peut subsister, raison pour laquelle je sollicite l'avis du Gouvernement.

En tout état de cause, le Sénat soutient cette position.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. En effet, le Sénat a prévu, dans le cadre de la proposition de loi Valletoux, examinée à la fin du mois d'octobre, de reporter à 2030 la fin de cette période transitoire.

Même s'il ne participe pas à la commission mixte paritaire, le Gouvernement a l'intention de tout faire pour que cette disposition soit maintenue dans le texte.

Aussi, je sollicite le retrait de cet amendement.

M. le président. Monsieur Joly, l'amendement n° 1122 rectifié est-il maintenu ?

M. Patrice Joly. Oui, monsieur le président, parce que je ne me sens pas investi du pouvoir de le retirer.

Qui peut le plus peut le moins. Si, d'aventure, la proposition de loi Valletoux était adoptée, en intégrant la disposition évoquée ici, cet amendement deviendrait superfétatoire. En attendant, je le maintiens !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1122 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 450 rectifié *quater*, présenté par MM. P. Joly et Pla, Mmes Narassiguin et Blatrix Contat, MM. M. Weber, Fichet, Bouad, Cozic, Ziane, Redon-Sarrazy, Darras et Tissot, Mme Espagnac, M. Mérillou, Mmes Monier et Bonnefoy, MM. Bourgi, Kerrouche, Ros, Lurel et Jeansannetas et Mmes Conconne et Canalès, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. 4131-6-... – La signature par un médecin généraliste, installé dans une zone caractérisée par une offre de soins particulièrement élevée au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du présent code, d'une convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est subordonnée à l'exercice préalable de son activité, pendant au moins dix-huit mois en équivalent temps plein sur une période maximale de trois ans dans une zone autre que celles évoquées aux 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du présent code. Cette durée peut

être accomplie, selon le choix du médecin généraliste de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine.

« Dans l'une des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° du même article L. 1434-4, cette durée est réduite à douze mois sur une période maximale de deux ans. Cette durée peut être accomplie, selon le choix du médecin généraliste, de manière continue ou par intermittence et à un rythme qu'il détermine. Le cas échéant, la période accomplie dans cette zone est prise en compte pour le calcul de la durée mentionnée au premier alinéa du présent article si le médecin généraliste concerné s'installe ultérieurement dans une zone relevant du 2° dudit article.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Le I n'est pas applicable aux médecins généralistes qui, à la date de publication de la présente loi, remplissent les conditions mentionnées au I de l'article L. 632-2 du code de l'éducation.

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Puisque nous évoquons la situation des patients dans les zones sous-dotées, je vais prendre le cas particulier des zones rurales.

Qu'y constate-t-on ? De plus en plus de personnes sans médecin référent ; deux fois moins de consultations médicales que la moyenne nationale ; une consommation de services hospitaliers inférieure de 16 % à celle-ci – pour certaines spécialités, ce taux passe à 30 %.

Un chirurgien me disait que, depuis quelque temps, il ne peut plus soigner définitivement les patients qu'il reçoit, parce qu'ils le consultent trois ou quatre mois trop tard. Il les traite, mais la perte de chances est très nette.

En outre, une étude récente a démontré qu'il y avait 14 000 morts de plus dans les territoires ruraux que ce qu'il devrait y avoir si l'accès aux professionnels de santé y était égal à la moyenne nationale.

Au reste, l'espérance de vie y est inférieure de deux ans – jusqu'à quatre ans dans certains territoires. C'est un scandale. Cette situation est complètement inéquitable et inacceptable.

La question se pose : continue-t-on sur cette voie ou essaie-t-on de prendre le problème à bras-le-corps ?

À cet égard, l'amendement que je propose d'adopter fait appel à la solidarité nationale et à la solidarité des professionnels de santé.

Son dispositif est assez simple : il s'agit de laisser les médecins s'installer où ils veulent à l'issue de leurs études. On leur demande seulement de venir travailler à mi-temps, pendant trois ans, dans un territoire non surdoté, durée réduite à deux ans s'ils viennent dans les territoires sous-dotés. Concrètement, ils s'organisent comme ils le souhaitent, pourvu qu'ils fassent l'équivalent de dix-huit mois sur trois ans.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je ne rouvre pas le débat. Avis défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Monsieur le sénateur, vous évoquez l'existence d'écart d'espérance de vie sur le territoire. Ils existent et je ne nie pas l'impact que peut avoir, sur ce plan, la couverture en professionnels de santé.

Je répète cependant que leur premier déterminant est constitué par les inégalités sociales de santé.

M. Patrice Joly. Pas seulement ! Lisez l'étude de l'Association des maires ruraux de France (AMRF) !

M. Aurélien Rousseau, ministre. Permettez-moi de finir ma réponse, monsieur le sénateur !

En Île-de-France, entre le sud et le nord de la ligne B du RER, l'écart d'espérance de vie est de dix ans. Pourtant, nous ne nous trouvons, ni d'un côté ni de l'autre de cette ligne, dans des déserts médicaux absolus...

Mon but n'est pas de disqualifier votre remarque. Il s'agit de dire que la lutte passe aussi par la prévention et la mobilisation de tous les autres professionnels de santé.

Par ailleurs, votre amendement propose ce que l'on appelle le conventionnement ou le déconventionnement sélectif.

On constate aujourd'hui qu'un certain nombre de professionnels de santé ont commencé à s'adonner à cette pratique pour faire pression et pour que le C – la rémunération du médecin généraliste – soit augmenté.

Tous les syndicats médicaux, même ceux que l'on dit progressistes, ont annoncé qu'ils s'engageraient dans le déconventionnement si de telles mesures étaient mises en œuvre. Je ne suis donc pas certain que le mouvement dont je viens de parler ne prendra pas une ampleur démesurée. Je pense que nous nous mettrions alors encore plus en péril, la situation étant déjà extrêmement tendue !

Je ne refais pas le débat que nous avons eu il y a seulement quelques semaines, mais je veux vous faire comprendre que je n'ai pas de solution miraculeuse à opposer à votre proposition. Je l'ai moi-même testée et retestée auprès de tous les représentants des syndicats de médecins, y compris ceux qui ont le plus le sens de la responsabilité populationnelle. La réponse est unanime et c'est sans parler de la position des internes...

C'est pourquoi nous avons assoupli les dispositifs d'aides. Nous faisons tout pour renforcer l'attractivité – ce n'est pas aux élus territoriaux que vous êtes que je vais l'apprendre, mesdames, messieurs les sénateurs.

Nous menons de front un chantier avec les doyens pour pousser de jeunes internes à faire leur stage dans des territoires où, pour l'instant, il n'y a pas de médecins. Nous essayons de pousser tous les curseurs, mais, dès que nous basculerons dans un dispositif de coercition, nous risquons, me semble-t-il – c'est notre crainte –, d'aboutir à un raidissement complet, dont le premier effet sera la chute de l'hôpital. De fait, les internes sont aujourd'hui des acteurs majeurs du fonctionnement des hôpitaux.

Cette question est loin d'être secondaire, mais, pour les raisons que je viens de développer, le Gouvernement émet un avis défavorable sur votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Patrice Joly, pour explication de vote.

M. Patrice Joly. Monsieur le ministre, vous évoquez les inégalités sociales, qui induisent une espérance de vie plus faible – jusqu'à sept, huit, voire dix ans –, mais celles-ci s'ajoutent aux inégalités territoriales.

En tout cas, pour ma part, c'est auprès de patients et d'élus de mon département que j'ai testé et retesté ma proposition. Je peux vous dire qu'elle leur convient parfaitement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 450 rectifié *quater*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 49 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	334
Pour l'adoption	69
Contre	265

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 648 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 957, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« *Art. L. 4131-6-...* – Dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, définies par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Monsieur le ministre, la ministre chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, Mme Agnès Firmin Le Bodo, a déclaré, voilà quelques mois, que le territoire français était, à 87 %, un désert médical. Paris comme la Nièvre sont des déserts médicaux !

Selon l'atlas de la démographie médicale 2022, les déserts médicaux de médecins généralistes concernent, en tête de classement, les départements du centre et du nord de la France, auxquels s'ajoutent ceux qui entourent le bassin parisien ou les grandes périphéries des métropoles. Il existe donc des nuances de déserts médicaux et des concentrations d'îlots de professionnels dans certains quartiers de certaines villes.

Nous avons conscience que nous devons gérer la pénurie entraînée par le choix d'un *numerus clausus* extrêmement faible qui a été fait précédemment.

La théorie de la réduction de l'offre de médecins qui devait entraîner une diminution des besoins de santé n'ayant pas fonctionné et, surtout, le vieillissement de la société et le développement des maladies de longue durée n'ayant pas été anticipés, nous devons avoir le courage politique d'organiser l'installation des médecins.

Nous en avons encore débattu au mois d'octobre dernier, lors de l'examen de la proposition de loi Valletoux. Les désaccords transcendent les groupes politiques sur ce sujet. Permettez-moi de renvoyer les opposants aux mesures de régulation aux résultats de la politique de liberté d'installation et d'aides financières que nous avons tentée!

Comme nous ne pouvons pas faire pire, essayons mieux. Instaurons un conventionnement sélectif à l'installation, afin que l'installation d'un médecin dans une zone à forte densité médicale ne puisse intervenir qu'en concomitance avec le départ d'un médecin de cette même zone.

L'objectif de cette disposition est d'inciter les installations dans les zones sous-denses ou en déperdition médicale et d'éviter une trop grande concentration de l'offre de médecine de ville.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Pour les raisons que j'ai évoquées précédemment, l'avis de la commission est défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Pardon d'être expéditif, madame la sénatrice, mais, pour les raisons que j'ai développées tout à l'heure en réponse à votre collègue, le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Chaque fois que nous formulons une proposition, elle est refusée. Nous savons pourtant que nous ne sommes pas encore au creux de la vague, que le pire est devant nous et que nous allons, dans quelques années, manquer de médecins généralistes de manière assez cruelle pour nos populations.

Monsieur le président de la commission, monsieur le ministre, quelle autre solution nous proposez-vous pour éviter les déserts médicaux? J'aimerais quand même finir par vous entendre! Dans le Pas-de-Calais, la situation est proprement catastrophique.

Quelles sont vos propositions alternatives? Que devons-nous répondre à nos populations, aux gens qui nous téléphonent et viennent dans nos permanences? La plupart de nos maires, dans les territoires ruraux comme dans les villes, sont harcelés par les habitants, qui leur demandent de leur trouver

un médecin généraliste. C'est bien normal quand on sait qu'il faut désormais quinze jours, voire trois semaines pour obtenir un rendez-vous médical!

Que comptez-vous faire concrètement pour aider nos populations? Franchement, je ne vois pas comment nous allons faire.

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

M. Daniel Chasseing. Je souhaite revenir sur une autre disposition qui concerne le même sujet. Les étudiants en quatrième année d'internat – soit en dixième année d'études – ne peuvent effectuer leur stage qu'encadrés par des médecins maîtres de stages. Or, malheureusement, certains médecins sont surbookés et n'ont pas le temps d'assurer ces fonctions.

J'avais déposé un amendement, jugé irrecevable, qui visait à ce que les six derniers mois de la quatrième année d'internat puissent être effectués auprès d'un médecin référent, à savoir un médecin installé et volontaire pour recevoir un médecin thésé en quatrième année.

Ce médecin référent pourrait, en cas de besoin, donner son avis – par exemple sur l'orientation des malades – ou répondre à certaines questions des familles, sans avoir besoin pour autant d'être maître de stage. Je pense que cela aurait pu irriguer les territoires dépourvus de médecins.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 957.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 50 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	278
Pour l'adoption	51
Contre	227

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 131 rectifié *ter*, présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé et Mmes Demas, Petrus et Aeschlimann, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – À titre expérimental, et pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'État peut autoriser une évolution des actes réalisés par les manipulateurs en électroradiologie.

II. – Un décret, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie, précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I, notamment les actes autorisés et les régions concernées.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à poursuivre la dynamique entreprise ces dernières années quant à la délégation de tâches dans certaines professions de santé.

La radiothérapie fait face à un enjeu de démographie médicale qui entraîne des difficultés d'accès à certaines thérapies, notamment innovantes. Dans un contexte de besoins croissants liés à l'installation de nouveaux équipements, la profession des manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM) connaît des tensions dans les établissements de santé, d'une part, et en ville, d'autre part.

Les tâches réalisées et les modalités d'exercice des manipulateurs en radiothérapie sont transformées par les innovations existantes. Les nouvelles technologies provoquent des transformations organisationnelles, qui impliquent un accompagnement, une formation spécifique et une adaptation des pratiques de ces professionnels de santé.

Si le manipulateur en électroradiologie est « destiné à adapter sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques », comme le précise l'article R. 4351-3 du code de la santé publique, le cadre réglementaire actuel n'est pas adapté à la transformation de leurs pratiques en pleine mutation, au gré des innovations.

Des délégations de tâches sont à l'étude et font l'objet de protocoles de coopération dans certaines régions. Un diplôme universitaire visant à développer une expertise clinique en radiothérapie a été mis en place à l'Institut Gustave-Roussy. En dépit de ces initiatives, l'absence d'une approche nationale et d'un dispositif harmonisé pour reconnaître l'évolution des pratiques par l'ensemble des établissements de santé empêche une évolution concrète des actes réalisés par les MEM.

La pratique avancée constitue un progrès majeur pour les médecins et l'amélioration de la prise en charge, comme en témoigne l'exemple de la profession d'infirmier. En radiothérapie, elle participerait de l'optimisation dans l'organisation du recours aux thérapies, d'une part, et du parcours patient, d'autre part.

Cet amendement vise à proposer une expérimentation de trois ans qui permettra la montée en compétences et la reconnaissance du rôle des MEM dans les traitements de radiothérapie, avant une éventuelle généralisation de cette évolution quant aux délégations de tâches.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il ne fait pas de doute que le cadre réglementaire aujourd'hui applicable aux MEM est pour partie dépassé par l'évolution rapide des techniques : il semble opportun de réfléchir aux conséquences de cette évolution.

Les risques induits par cet amendement, économe pour les finances sociales, ont semblé très limités à la commission, d'une part, parce que le dispositif est expérimental et, d'autre

part, parce qu'il sera encadré par l'avis des Académies nationales de médecine et de pharmacie, ce qui nous semble très positif.

Laissons aux professionnels de santé l'opportunité de réfléchir à leurs pratiques et à leur organisation !

Avis favorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Le métier de manipulateur en électroradiologie médicale, qui se transforme très rapidement, est un métier clé, notamment à l'hôpital. C'est une « denrée » particulièrement rare – pardon de l'exprimer ainsi –, qui fait l'objet d'une concurrence majeure entre les hôpitaux et le secteur privé ; dans ce dernier, en effet, ces professionnels peuvent multiplier leur rémunération par trois ou quatre.

J'exprimerai cependant un désaccord de principe sur cet amendement : je considère, pour ma part, que le bon levier pour atteindre l'objectif que vous évoquez, monsieur le sénateur, ce sont les protocoles de coopération.

Il existe d'ores et déjà des protocoles de coopération validés par la HAS, qui peuvent être généralisés. Je pense notamment à un protocole de coopération lancé au sein de l'AP-HP, désormais disponible dans tous les établissements, qui est destiné à donner aux MEM un rôle spécifique au sein des services d'urgence pour des cas simples, comme des fractures.

Mieux vaut donc, partout où on le peut, pousser les feux sur ce dispositif, plutôt que de s'en remettre à une nouvelle expérimentation. Par ailleurs, cet outil qu'est le protocole de coopération s'est fortement diffusé en quelques années.

J'émettrai donc un avis défavorable sur cet amendement, tout en notant qu'il y a des secteurs dans lesquels les protocoles de coopération se diffusent très vite – je pense à la dispensation de certains produits par les infirmières. Il y en a d'autres, comme l'électroradiologie, où cette diffusion est moins rapide.

Il convient d'encourager les professionnels à se saisir des protocoles existants, et à les mettre ensuite en œuvre. Il n'est guère besoin, en revanche, d'une mesure législative pour mettre en place un cadre expérimental.

Sur le fond, nous partageons l'objectif des auteurs de l'amendement ; mon avis défavorable est donc plutôt fondé sur le moyen préconisé.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 131 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 26.

L'amendement n° 1239, présenté par MM. Fichet et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne, Féret, Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Quizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport analyse plus largement les conséquences financières et organisationnelles de la régulation de l'intérim médical relevant de l'article L. 6146-4 du code de la santé publique, en particulier en matière de fermetures de lits et de services, dans les centres hospitaliers dits de proximité ou intermédiaires, et plus spécifiquement pour les services qui fonctionnent majoritairement avec des personnels assurant des missions d'intérim.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement, déposé par notre collègue finistérien Jean-Luc Fichet et repris par notre groupe, vise à demander un rapport sur les conséquences financières et organisationnelles de la régulation de l'intérim médical.

Je ne reviendrai pas sur la situation de l'hôpital public, qui se caractérise par une dégradation des conditions d'accueil, l'épuisement des personnels, la fermeture de nombreux services, etc. Vous avez parlé de maternités où l'on ne compte que quatre-vingt-seize accouchements par an, monsieur le ministre ; c'est un cas parmi d'autres... Dans mon territoire, il y a une maternité qui ferme temporairement, alors même qu'elle assure cinq cents accouchements par an !

La régulation de l'intérim médical était nécessaire. Toutefois, le fonctionnement des centres hospitaliers de proximité en milieu rural a été bouleversé par la mise en œuvre de cette régulation.

Certains de leurs services fonctionnaient en effet majoritairement avec des personnels relevant de l'intérim médical : c'est le cas de l'hôpital de Carhaix, notamment de son service d'urgence qui fermait quelques nuits par semaine ; il en est de même à Pontivy et à Guingamp. Au sein du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest-Carhaix, qui est l'hôpital le plus proche, quinze urgentistes manquaient sur quarante-trois, sans que l'ARS de Bretagne soit en mesure de proposer des solutions, hormis celles relevant des ressources humaines en interne. Alors, tout le monde s'est mis autour de la table, un protocole d'accord a été signé et des solutions ont été trouvées.

Au vu des dysfonctionnements résultant de la régulation et de la mise en œuvre de l'intérim médical, nous demandons que soit réalisée une évaluation de l'application de ladite régulation, afin que soient envisagées des mesures d'adaptation permettant de prendre le relais.

La prime de solidarité territoriale, par exemple, ne fonctionne pas dans certains centres hospitaliers, comme ceux de Carhaix et de Pontivy. Il est possible de trouver des solutions ; j'en veux pour preuve l'exemple que j'ai cité.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1239.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1276, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérellou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet un rapport au Parlement, avant le 31 mars 2024, ayant pour but de prévoir un plan de développement, de financement et de programmation triennal de l'offre concernant les appartements de coordination thérapeutique, les lits halte soins santé et les lits d'accueils mutualisés.

Ce rapport devra établir une feuille de route précise du développement et du financement de ces prises en charge sur les années à venir.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Par cet amendement, qui vise à demander un rapport, nous souhaitons attirer l'attention sur le manque de lits halte soins santé (LHSS), de lits d'accueils médicalisés (LAM) et d'appartements de coordination thérapeutique (ACT). Ces structures, qui accueillent des personnes en situation de précarité, et donc souvent sans-abri, sont indispensables dans la chaîne de soins.

Les LHSS, par exemple, accueillent des personnes qui, en l'absence de telles structures, resteraient hospitalisées à l'occasion, par exemple, de la surveillance d'un traitement anti-infectieux prolongé. Ces personnes n'ayant pas de logement, ce dispositif d'accueil est précieux. Or ces structures ne sont pas en nombre suffisant, qu'il s'agisse des LHSS, des LAM ou des ACT. Il manque ainsi plusieurs milliers d'appartements, voire 10 000 selon certaines estimations.

Nous souhaitons donc que le Gouvernement procède à une programmation sur les trois années à venir, afin de renforcer ce secteur essentiel pour soigner les personnes en situation de précarité.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Défavorable.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1276.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 26 bis (nouveau)

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 6311-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ③ « Il peut organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique et une réponse pédiatrique spécifique pour les appels relevant d'un motif pédiatrique. » ;
- ④ 2° L'article L. 3221-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Ce dispositif peut s'appuyer sur l'organisation de la réponse psychiatrique spécifique prévue à l'article L. 6311-3. »

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Cet article prévoit l'organisation d'« une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique et une réponse pédiatrique spécifique pour les appels relevant d'un motif pédiatrique ».

Ces consultations et mobilisations dans le cadre d'interventions d'urgence pourraient être bénéfiques s'il existait dans les territoires des solutions correspondant à un besoin identifié. Ainsi, en Corrèze, comme dans d'autres départements, il n'y a pas de services de pédopsychiatrie ; il y en a à Limoges, mais il est impossible d'y accéder.

On constate que de jeunes mineurs relevant des centres départementaux de l'enfance (CDE) ou des maisons d'enfants à caractère social (Mecs) présentent des troubles psychotiques ou des troubles du comportement, se livrent à des violences qui entraînent de graves dégradations ou profèrent des menaces – tout cela provoque une désorganisation des services.

Sur le plan pratique, avec le nouveau dispositif, ces mineurs seront adressés aux services d'urgence et ressortiront quelques heures plus tard avec un traitement qu'ils ne prendront pas.

Il n'y a pas de lits de pédopsychiatrie permettant d'accueillir ces jeunes au cours d'un séjour de rupture, durant lequel ils pourraient prendre un traitement. Il en résulte une gestion absolument catastrophique des CDE et des Mecs.

Comme la commission des affaires sociales l'a souligné, il est nécessaire de mettre en place des structures d'accès aux soins, qui soient adaptées à ces situations. Lorsque les symptômes que la personne présente ne sont pas graves, soit elle quitte très vite le service d'urgence, soit elle y reste quelques heures ; il n'y a donc pas de problème. En revanche, en cas de symptômes psychotiques graves, l'hospitalisation est nécessaire : l'absence de lits est alors très problématique.

Je souhaitais donc vous interpellier, monsieur le ministre, sur le manque de lits pour ces patients dans nos départements, notamment en Corrèze.

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 bis.

(L'article 26 bis est adopté.)

Article 26 ter (nouveau)

À l'article L. 162-13-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 6213-3 » est remplacée par la référence : « L. 6212-3 ». – (Adopté.)

Article 26 quater (nouveau)

- ① Le III de l'article 49 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase les mots : « dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de la présente loi » sont remplacés par les mots : « jusqu'au 1^{er} mars 2024 » ;
- ③ 2° À la fin de la seconde phrase, la date : « 1^{er} juillet 2023 » est remplacée par la date : « 1^{er} mars 2024 »

M. le président. L'amendement n° 269, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet article vise à prolonger une autorisation légale donnée aux ministres pour définir par arrêté les forfaits techniques compensant les frais d'équipement des médecins radiologues. Cette autorisation législative avait été introduite par le Gouvernement dans le dernier PLFSS, en nouvelle lecture, et visait à inclure les produits de contraste au sein des frais couverts par ces forfaits.

Le Gouvernement a fait alors un usage étonnant de son pouvoir réglementaire en prenant un arrêté en avril 2023, pour l'abroger quelques mois plus tard. Cet article est donc un nouveau revirement demandant un nouveau délai pour prendre un troisième arrêté.

Le Parlement n'a pas été tenu au courant, ni cette année ni en 2022, des intentions précises du Gouvernement et des raisons qui justifieraient de prendre de court la négociation conventionnelle. L'autorisation législative est toujours demandée par voie d'amendement, sans estimation financière des enjeux.

Pour toutes ces raisons, le présent amendement de la commission vise à supprimer cet article.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'admets, monsieur le président de la commission, que le Gouvernement a évolué sur ce sujet ou, à tout le moins, a tâtonné. Je reviendrai successivement sur l'objectif de cet article, puis sur le cheminement suivi, et enfin sur la proposition.

L'objectif est simple. Seuls deux pays dans le monde, le Japon et la France, procèdent au conditionnement individuel pour les produits de contraste : il est demandé au patient qui doit subir certains examens médicaux de venir avec son produit, qu'il aura préalablement acheté en pharmacie. Or les différents acteurs concernés ont la conviction que nous devrions nous aligner sur les autres pays. Après tout, il arrive que le génie français doive s'incliner devant l'expérience d'autrui... (Sourires.)

Il s'agirait donc de prévoir des conditionnements multi-usages, qui seront achetés par les professionnels de santé ou l'hôpital et pris en charge dans leur forfait. Telle était l'intention du Gouvernement.

Par la suite, des sociétés savantes et des spécialistes en radiologie nous ont alertés – et nous les avons pris au sérieux. Ils craignaient en effet que certains radiologues ne soient tentés d'utiliser moins de produits de contraste, qui

sont très chers, au prix de clichés de moins bonne qualité, et que cela crée une distorsion entre l'hôpital public et le secteur privé. Ils souhaitaient donc que nous définissions et encadrions les bonnes pratiques.

Pour ma part, je persiste à penser que cette évolution est nécessaire, même s'il convient de l'encadrer. Ce sera l'objet de l'amendement n° 1296 du Gouvernement dont nous débattons dans quelques instants.

Encore une fois, je trouve plus sain que les produits de contraste soient inclus dans le forfait du radiologue, qu'il travaille en libéral ou à l'hôpital. Par ailleurs, cela permettrait de réduire considérablement le gaspillage de ces produits qui, d'un point de vue écologique, sont assez terrifiants.

Je considère donc qu'il s'agit d'une bonne mesure, même si l'on est sans doute allé trop vite l'an dernier. Les sociétés savantes nous ayant alertés à cet égard, nous revenons aujourd'hui devant vous avec la même intention, mais en ayant mieux encadré ce dispositif grâce à un travail conjoint avec les meilleurs spécialistes des produits de contraste.

J'espère avoir été clair... Cette disposition permettra de réaliser des économies très substantielles sur ces produits dont le prix est très élevé, et de répondre à un enjeu écologique majeur, compte tenu de leur caractère très difficilement recyclable. En effet, la dose individuelle est parfois quatre à cinq fois supérieure à celle qui serait véritablement nécessaire; un conditionnement plus grand permettrait de résoudre ce problème.

C'est pour ces raisons que le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je vais me permettre de faire une entorse à nos habitudes: au vu des explications que vient de nous donner le ministre, je retire le présent amendement au bénéfice de l'amendement n° 1296, que nous allons examiner dans quelques instants.

M. le président. L'amendement n° 269 est retiré.

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

L'amendement n° 1049, présenté par Mme Nadille, MM. Patriat, Iacovelli, Théophile, Bitz, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Haye, Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Mohamed Soilihi, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch et Mme Schillinger, est ainsi libellé:

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé:

...°Après la première phrase est insérée une phrase ainsi rédigée: « L'arrêté susmentionné peut prévoir la création d'un supplément facturable par les spécialités utilisant des produits de contraste et non éligibles à la facturation de forfaits techniques. »

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Monsieur le président, je vais retirer cet amendement au profit de notre amendement suivant n° 1073.

M. le président. L'amendement n° 1049 est retiré.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 1073 est présenté par Mme Nadille.

L'amendement n° 1296 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés:

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé:

...°Est ajoutée une phrase ainsi rédigée: « L'arrêté susmentionné peut prévoir la création d'un supplément facturable par les spécialités utilisant des produits de contraste et non éligibles à la facturation de forfaits techniques. »

La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1073.

Mme Solanges Nadille. L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait que les produits de contraste seraient intégrés dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale.

Cette mesure devait initialement entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2023. Or, compte tenu des contraintes opérationnelles identifiées lors des échanges avec les parties prenantes, il a été décidé de reporter sa mise en œuvre au 1^{er} mars 2024. L'article 26 *quater* met en œuvre ce report.

Par le présent amendement, nous souhaitons compléter cet article afin de revaloriser les actes associés à l'utilisation des produits de contraste pour lesquels il n'existe pas de forfait technique. Cela permettra de compenser, pour les professionnels concernés – principalement les rhumatologues – le coût lié à l'acquisition des produits de contraste.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1296.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1073 et 1296.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 *quater*, modifié.

(L'article 26 *quater* est adopté.)

Article 26 *quinquies* (nouveau)

① L'article 20-3 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé:

② « Les dispositions relatives aux centres de santé prévues aux articles L. 162-32 à L. 162-32-4 du même code sont applicables à Mayotte. » – (Adopté.)

Article 26 *sexies* (nouveau)

① I. – À titre expérimental et pour une durée de trois ans, il est mis en place par l'agence régionale de santé un parcours « dépression post-partum », qui associe des

professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, des sages-femmes et des puéricultrices, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une dépression post-partum. Les frais relatifs à cette expérimentation sont pris en charge par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

- ② Ce parcours a pour objectif de prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées, de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques du post-partum, d'améliorer l'orientation de ces femmes, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer le suivi médical des femmes qui vivent une dépression post-partum. Il vise à systématiser l'information des femmes sur la dépression post-partum, sur les possibilités de traitement ou d'intervention et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles.
- ③ II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de six régions.
- ④ III. – Au plus tard trois mois après le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

M. le président. L'amendement n° 270, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1, première phrase

1° Supprimer les mots :

« dépression *post-partum* »

2° Remplacer la deuxième occurrence du mot :

et

par le signe :

,

3° Supprimer les mots :

, des sages-femmes

II. – Alinéa 2, première phrase

1° Remplacer la deuxième occurrence du mot :

le

par le mot :

leur

2° Supprimer les mots :

des femmes qui vivent une dépression *post-partum*

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 270.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 271, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Remplacer le mot :

après

par le mot :

avant

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à avancer la date à laquelle le Gouvernement doit adresser au Parlement un rapport d'évaluation destiné à donner un avis sur la pertinence d'une généralisation.

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

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 271.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 *sexies*, modifié.

(L'article 26 *sexies* est adopté.)

Chapitre II

GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL

Avant l'article 27

M. le président. L'amendement n° 273, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont saisies pour avis de tout projet de décret en Conseil d'État modifiant le plafond du montant de la participation forfaitaire. Le cas échéant, la signature du décret en Conseil d'État ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours. » ;

2° Le dernier alinéa du III est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont saisies pour avis de tout projet de décret modifiant le montant de la franchise annuelle pour au moins l'une des prestations ou l'un produits mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent III. Le cas échéant, la signature du décret ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours. »

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Je vais résumer l'intention politique de cet amendement très technique. Lors de la discussion générale et des auditions au sein de la commission, nous avons évidemment évoqué la question des franchises.

À cet égard, il subsiste une incompréhension : le doublement de la participation forfaitaire et de la franchise médicale ne figure pas dans le PLFSS. Nous savons bien que cette mesure relève du pouvoir réglementaire, mais même l'intention y afférente n'est pas indiquée dans les annexes du projet de loi. Pourtant, cette estimation est intégrée dans les recettes attendues en vue de respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)...

Quelle est votre intention, monsieur le ministre ? Y aurait-il un problème de chiffrage ?

Afin de vous aider, puisque j'ai le sentiment que vous n'avez pas forcément la réponse pour le moment, nous vous proposons de venir en débattre devant les commissions des affaires sociales des deux chambres.

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

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Je vous remercie, monsieur le président, de cette proposition d'aide, qui me touche. (*Rires.*)

Mme Émilienne Poumirol. Moqueur...

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Je serai le plus transparent possible : la décision qui conduirait à augmenter les franchises médicales n'est pas prise, mais, comme ont pu le constater les députés, le dossier a été totalement expertisé.

Cette décision n'est pas encore prise, parce que je souhaitais disposer de la totalité des éléments d'information nécessaires – ce n'est pas possible en appuyant sur un bouton ! –, notamment la répartition de l'impact de cette mesure, laquelle maintiendrait toutefois le plafond actuel à hauteur de 50 euros.

J'avais donné devant votre commission une première réponse à votre question. Les travaux statistiques nous permettent de conclure que la quasi-totalité des patients en affections de longue durée (ALD) atteint déjà ce plafond et que leur situation ne se dégraderait pas dans le cas d'un maintien dudit plafond.

J'ai souhaité disposer d'éléments complémentaires, notamment pour connaître – même si ce n'est pas simple, pour des raisons liées à l'exploitation des systèmes d'information de l'assurance maladie – l'impact moyen du doublement de la participation forfaitaire et de la franchise sur les médicaments. Les éléments dont je dispose indiquent que, pour l'assuré « lambda » qui se rend peu de fois par an chez le médecin, ce doublement équivaldrait à 17 euros par an, en moyenne.

Nous savons bien que nous sommes dans une période où nos concitoyens sont très sensibles à la question du pouvoir d'achat. De plus, quatre mois de consultations obligatoires avec les caisses d'assurance maladie sont prévus pour ce type de décision.

Je n'aurai aucun problème à venir discuter de ce sujet devant votre commission, mais je ne conditionnerai pas l'exercice du pouvoir réglementaire, autonome, du Gouvernement à l'aval du Parlement.

Je comprends parfaitement que vous souhaitiez être éclairés. En tout cas, si une telle décision était prise, elle ne s'appliquerait pas sur l'ensemble de l'année 2024 en raison des quatre mois dont je viens de parler ; nous aurons donc besoin de savoir quelles mesures de compensation prendre par rapport aux recettes escomptées.

Il nous faut également vérifier sur le plan statistique qu'il n'y aura pas de perdants structurels ; à ce stade, je n'en vois pas, mais j'attends encore des données de l'assurance maladie.

Lorsque j'aurai lancé la procédure de consultation, je vous transmettrai tous les éléments dont je dispose, monsieur le président de la commission, et je me tiens à la disposition des membres de la commission pour répondre à leurs questions.

En attendant, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Monsieur le ministre, ce qui se pense bien s'énonce clairement et les mots pour le dire viennent aisément !

Je suis effarée : tandis que nous examinons ce projet de budget de la sécurité sociale, lequel représente tout de même 640 milliards d'euros, et que nous sommes réunis dans cet hémicycle depuis plus d'une trentaine d'heures, cette disposition, qui est de l'ordre de 800 millions d'euros, me semble-t-il,...

M. Bernard Jomier. Oui, c'est ça !

Mme Céline Brulin. ... n'a pas encore été tranchée par le Gouvernement ! C'est intolérable pour la représentation nationale et encore davantage pour nos concitoyens, alors même que 6 millions d'entre eux sont privés de médecin traitant, et alors qu'ils ont subi des pénuries de médicaments et qu'ils doivent de plus en plus souvent, pour avoir accès aux soins et à la santé, se livrer à un véritable parcours du combattant.

Il serait honnête et sain pour la poursuite de nos débats et pour la crédibilité politique que vous puissiez nous dire si, oui ou non, le Gouvernement augmentera les franchises médicales !

Je terminerai en disant que, depuis le début de l'examen du PLFSS, nous avons passé l'essentiel du temps à travailler sur les recettes. Nous avons, les uns et les autres, en particulier le groupe CRCE-K, fait des propositions en la matière...

M. Laurent Burgoa. Des taxes !

Mme Céline Brulin. ... qui ont été refusées quasi systématiquement au motif qu'il s'agissait d'abord de diminuer les dépenses.

Or l'on constate ici que c'est sur nos concitoyens, sur les patients, sur les malades, que le Gouvernement veut faire peser un effort considérable.

Monsieur le ministre, je considère que nous ne pourrions pas poursuivre le débat si vous n'apportez pas davantage d'éclaircissements.

Quant à cet amendement, je le voterai sans aucun problème. Toutefois, j'ai vu parfois des levées de boucliers en commission des affaires sociales, qui se sont traduites par des votes allant dans un autre sens dans l'hémicycle. J'espère que la commission ira jusqu'au bout de son geste et que nous

continuerons ensemble, jusqu'au bout, j'y insiste, de refuser ce genre de pratique. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE-K.*)

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.

Mme Corinne Féret. Monsieur le ministre, je m'associe aux propos que vient de tenir Céline Brulin et je veux moi aussi vous interpeller.

Au travers de cet amendement, vous en venez enfin à évoquer le doublement des franchises. Vous rendez-vous compte que cela fait de nombreuses heures que nous discutons de ce budget de la sécurité sociale et que c'est incidemment, pourrait-on dire, que vous évoquez cette mesure qui n'a rien de neutre.

Certains collègues considèrent sans doute qu'elle relève du symbole, tout comme cela avait été le cas lorsque, au début de son précédent mandat, le président Macron avait décidé de diminuer les aides personnelles au logement (APL).

Vous voulez désormais doubler les franchises et vous nous dites que la dépense supplémentaire sera de 17 euros en moyenne pour nos concitoyens. Monsieur le ministre, savez-vous bien ce que représentent ces 17 euros pour celles et ceux qui n'ont déjà pas les moyens de finir le mois ? Compte tenu du niveau d'inflation que nous connaissons, vous rendez-vous compte de ce que cette somme représente ?

Certes, le Président de la République promet que les impôts n'augmenteront pas. Mais, précisément, votre mesure n'est-elle pas une façon indirecte d'augmenter la contribution de nos concitoyens ? Vous nous dites qu'il y a des économies à trouver et, en effet, vous les trouvez sur le dos des Français.

M. Bernard Jomier. C'est un principe de responsabilité...

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je remarque, monsieur le ministre, que vous avez étudié l'impact financier de la mesure : elle se fera à plafond inchangé et coûtera 17 euros en moyenne aux Français. Mais vous ne posez pas la question dans les bons termes.

Qu'est-ce que cette mesure changera dans le comportement d'accès aux soins ? Voilà la question que devrait se poser un ministre de la santé et qui ne conviendrait sans doute pas à un ministre des finances.

Le doublement des franchises vise à récupérer 800 millions d'euros sur les ménages. Or nous vous avons fait des propositions susceptibles de rapporter 100 millions, 200 millions ou 500 millions d'euros, mais vous les avez refusées au nom du « choc » fiscal...

Rappelons-nous ce qu'était initialement le but de la mise en place des franchises : il s'agissait, nous disait-on, d'inciter les Français à être plus responsables, en empêchant les consultations et les médicaments de confort.

La question que vous devez vous poser, en tant que ministre de la santé, concerne l'impact que cette mesure aura sur le recours aux soins et sur la consommation de soins, en prenant en compte le risque du non-recours, qui concernera ceux pour qui la somme supplémentaire de 17 euros sera rédhibitoire.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Tout d'abord, je conçois tout à fait qu'une telle mesure ne soit pas neutre.

Madame la sénatrice Brulin, je peux tout entendre, mais je n'accepte pas que vous mettiez en cause mon honnêteté.

Mme Céline Brulin. Il ne s'agit pas de votre honnêteté personnelle.

M. Aurélien Rousseau, ministre. En tout cas, ce n'est pas le sujet.

Ensuite, je précise pour lever toute ambiguïté que la dépense supplémentaire serait en moyenne de 17 euros sur l'année.

De plus, je ne vous autorise pas à laisser entendre que je n'aurais aucune idée de ce que représentent ces 17 euros pour nos concitoyens, et je le dis clairement. Vous avez parfaitement le droit d'être en désaccord politique avec moi sans que cela laisse cours à de tels sous-entendus. J'ai l'expérience de la vie, tout comme vous, et je sais ce que représente une dépense de 17 euros.

En outre, je ne peux pas accepter l'argument qui consiste à dire que cette mesure serait présentée de manière détournée et à laisser entendre que vous auriez débusqué quelque chose de mystérieux.

Il se trouve que j'ai été le premier à parler de la hausse des franchises, le 22 juillet dernier, alors que j'étais ministre depuis deux jours. Pourquoi l'ai-je fait ? Parce que la mesure figurait dans les tablettes de la direction de la sécurité sociale au moment où l'on préparait le budget. J'ai donc dit que le doublement des franchises faisait partie des options possibles et que je me battrais, si la mesure devait être retenue, pour que l'on ne touche pas au plafond.

Il semble qu'il y ait parmi vous des apprentis détectives qui auraient découvert un projet secret du Gouvernement... En réalité, c'est moi, en tant que ministre de la santé, qui ai installé ce sujet dans le paysage.

Par ailleurs, pour reprendre ce que vous avez évoqué, madame la sénatrice Poncet Monge, la question est double. Il y a d'abord celle des recettes, qui ne fait aucun doute, ensuite celle qui consiste à savoir si la mesure peut produire un effet, dans un sens ou dans un autre, sur le comportement de nos concitoyens en matière de consommation de médicaments, le terme n'ayant rien de péjoratif.

Je réponds très simplement que ce sera le cas, selon moi, et que l'effet s'exercera sur la plupart de nos concitoyens. Il ne s'agit pas de m'en réjouir ou de m'en attrister. Il est toujours compliqué d'expliquer pourquoi l'on choisit tel ou tel moment pour revoir les franchises, notamment à ceux qui ont une mutuelle. D'ailleurs, le recouvrement des franchises est un sujet en soi.

Nos concitoyens doivent-ils changer de comportement par rapport aux médicaments ? Il ne fait aucun doute que oui. La consommation de médicaments a progressé de 7,7 % en volume en 2021. J'ai entendu, précédemment, certaines interventions très émouvantes sur les risques liés à la surconsommation de médicaments, dont l'antibiorésistance.

Donc, oui, je considère que nous devons ouvrir une réflexion sur notre consommation de médicaments, y compris pour des raisons écologiques – il ne s'agit pas là d'un clin d'œil qui serait ridicule.

Celle-ci ne pourra pas être menée de manière isolée : la consommation d'antidépresseurs, par exemple, est révélatrice de l'état de la société et nous ramène au sujet de la santé mentale.

Le parcours pédestre ou automobile d'une personne qui sort de chez le médecin est assez prévisible. Généralement, elle se rendra directement à la pharmacie après la consultation, où elle achètera ses médicaments qui seront remboursés en moyenne à 82 % par l'assurance maladie obligatoire et à 14 % par les complémentaires, puis elle rentrera chez elle. C'est du moins ce que je fais : j'habite dans le XIX^e arrondissement de Paris et je ne repasse pas par chez moi avant d'aller à la pharmacie. Ainsi, quand j'arrive chez moi, j'ai le Pivalone dont j'ai besoin pour soigner mes enfants.

L'enjeu pourrait donc se résumer à cette question, que j'assume de formuler ainsi : est-ce que l'éventuel doublement des franchises médicales est un élément de modification des comportements en matière de consommation ou d'accès aux médicaments ? La réponse peut aller dans les deux sens. Certains considéreront que les franchises restent en grande partie invisibles de sorte que leur doublement ne changerait rien ; d'autres verront dans cette mesure un moyen de signaler que le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres. La question reste ouverte.

Pour en revenir au sujet de l'honnêteté, je veux bien accepter qu'il s'agisse de celle du Gouvernement. Je le dis d'autant plus tranquillement que vous l'avez laissé entendre dans votre propos, madame la sénatrice Brulin.

Si cette mesure n'est vécue que comme une manœuvre pour faire les fonds de poche déjà pas très remplis des Français et qu'elle ne change rien aux comportements en matière de consommation des médicaments, nous aurons en effet tout raté. Si l'on ne voit dans cette mesure que le fait qu'elle pèse sur le pouvoir d'achat, nous aurons également tout raté.

En effet, le doublement des franchises ne peut avoir de sens que si l'on réalise, parallèlement, un travail extrêmement poussé sur la pertinence de la délivrance des médicaments et de la prescription des actes. Or ces sujets constituent précisément l'axe majeur de la mission que j'ai confiée à l'assurance maladie dans la négociation avec les médecins.

Oui, je pense que la consommation de médicaments est un enjeu majeur dans ce pays et qu'il n'est pas soutenable – au moins au sens économique du terme – qu'elle augmente de 7 % par an. Il faut donc réduire cette dépense.

Nous pouvons le faire dans le cadre des négociations avec les industriels et nous pourrions avoir un débat sur l'intensité de la charge qu'il convient de faire peser sur eux, car ils sont nombreux à fournir de l'emploi dans notre pays.

Toutefois, quand je parle de responsabilisation, je ne veux pas dire culpabilisation du patient qui doit prendre des médicaments prescrits par son médecin.

Il n'empêche que ce pays figure parmi les plus gros consommateurs de médicaments : nous étions ainsi le quatrième consommateur d'antibiotiques en Europe et nous remontons dans le classement.

Je redis donc que la situation est préoccupante. Pour traiter le sujet, il faudra prendre en compte non seulement les patients, mais aussi les médecins, sans doute les pharmaciens, ainsi que les visiteurs médicaux – on ne les appelle plus ainsi –, dont nous avons déjà parlé. Le sujet est global.

Je considère, à titre personnel, que dans la situation où nous sommes – nous l'avons déjà évoquée – nous devons faire des efforts pour renforcer notre hôpital public et pour développer l'attractivité des professions de santé.

Si donc j'étais seul à décider, j'assumerais de porter cette mesure devant les Français, car elle permettrait de dégager 800 millions d'euros que nous pourrions utiliser pour revaloriser la rémunération des soignants. N'y voyez pas de démagogie : ce montant équivaut au coût que représente l'augmentation de 25 % dont doivent bénéficier les soignants pour leur travail de nuit. Je le dis tel que je le pense.

La différence entre le PLFSS et le projet de loi de finances (PLF), c'est que les 800 millions d'euros de recettes potentielles ne serviront pas à financer une part d'un sous-marin nucléaire, mais resteront dans les frontières du champ de la sécurité sociale, de sorte qu'ils bénéficieront à celle-ci.

Enfin, la question est bien, en effet, de savoir si cette mesure sera finalement un point de cristallisation et de colère – j'ose dire le mot, il n'a pas été prononcé, mais cette mesure pourrait provoquer la colère des Français.

Or je préfère – et j'assume cette position – que nous finissions l'examen des textes financiers et que les Français soient éclairés sur les mesures qui affecteront leur pouvoir d'achat, dans un sens ou dans l'autre – elles sont nombreuses dans le PLF à pouvoir avoir un effet aussi bien positif que négatif –, avant de prendre une décision concernant cette mesure sur le doublement des franchises.

Tel est le sens du temps que nous nous donnons avant la décision. Ce temps n'est pas celui de la dissimulation, mais celui de la réflexion et de l'analyse politique, que viennent nourrir aussi – pardon de le rappeler – les réactions qui se manifestent au Parlement ainsi qu'au sein de la population, quant à cette mesure.

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

M. Alain Milon. Monsieur le ministre, tout d'abord, c'est en 2008, sous la présidence de Nicolas Sarkozy, que la franchise médicale a été mise en place pour la première fois. Le ministre de la santé était, à l'époque, soit Xavier Bertrand, soit Roselyne Bachelot – la mémoire me fait défaut. Quoi qu'il en soit, ceux qui sont arrivés au pouvoir depuis lors ne l'ont pas supprimée.

Ensuite, j'ai le sentiment que, si la mesure que vous proposez devait être mise en place, le recouvrement des franchises serait très probablement pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) – c'est ainsi qu'on les désigne –, qui en profiteront pour augmenter un peu plus leurs prix. Ils les augmentent déjà régulièrement sans que personne trouve rien à redire...

Enfin, les Ocam disent déjà faire figure de payeurs aveugles dans le système de la sécurité sociale. Une fois qu'ils auront pris en charge le doublement des franchises et augmenté leurs primes, ils gagneront un pouvoir supplémentaire dans le remboursement des frais de santé. Par conséquent, ils demanderont très probablement à ne plus être des payeurs aveugles.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Pardonnez-moi, monsieur le ministre, mais avec tout le respect que je vous dois j'ai trouvé votre réponse confuse et votre objectif peu clair.

Lors de l'examen de la première partie du PLFSS, votre collègue chargé des comptes publics a refusé toute augmentation de recettes, y compris sur la fiscalité comportementale. Pourtant, celle-ci, quand elle est bien maniée, permet à la fois de dégager un rendement élevé et de modifier les comportements dans un sens favorable à la santé.

Or le ministre délégué a dit non à tout, s'enfermant dans un refus total et répétant à l'envi le même argument : il faut préserver le pouvoir d'achat des Français.

Nous n'allons quand même pas rejouer l'épisode de l'aide médicale de l'État (AME), dans lequel les ministres défendaient des positions contradictoires ! Nous devrions être d'accord sur la nécessité d'avoir une cohésion d'ensemble. Si le ministre délégué chargé des comptes publics ne veut aucune augmentation d'impôt au nom de la préservation du pouvoir d'achat des Français, le ministre de la santé ne peut pas vouloir récupérer plusieurs centaines de millions d'euros en faisant contribuer des gens qui sont malades et qui ont besoin de médicaments.

Certes, la surconsommation de médicaments dans notre pays est un phénomène bien connu, mais en l'occurrence la mesure que vous proposez porte sur des médicaments qui sont prescrits et remboursés à ce titre. Il ne s'agit pas de produits que les gens iraient acheter de leur propre initiative pour ensuite envoyer la facture à leur caisse d'assurance.

Par conséquent, le dispositif est injuste et vous ne visez pas la bonne cible. Cette mesure n'entre pas en cohérence avec ce que vous défendez depuis le début de l'examen du PLFSS.

Même si je comprends votre discours sur la consommation de médicaments, problématique globale qui nécessite d'actionner différents leviers, la hausse des franchises que vous proposez est une mesure profondément antisociale et injuste, parce qu'elle frappe des patients, donc nos compatriotes les plus fragiles.

Dieu merci, vous n'envisagez pas d'augmenter le plafond ! Ce serait le pompon, si vous me permettez l'expression. La mesure deviendrait alors extrêmement sévère et totalement inacceptable, même si l'on sait que c'est ce qui rapporterait le plus.

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

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le ministre, j'espère que vous serez présent au banc du Gouvernement, demain. En effet, à partir de l'article 40, nous examinerons un tunnel d'amendements visant à résorber la fraude.

Or je considère qu'il faut commencer par prendre l'argent dans la poche des voleurs avant de le prendre dans celle des contribuables.

J'espère que vous nous donnerez votre accord pour adopter ces mesures qui porteront à la fois sur la fraude aux cotisations et sur la fraude aux prestations. Elles permettront de mieux équilibrer les comptes de la sécurité sociale et d'éviter le problème de la hausse des franchises.

Je ne mets pas en doute votre honnêteté et je suis certaine que vous ne mettez pas en doute la mienne. (*Mme Nadia Sollogoub applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Je souhaite reprendre la question de Mme Poncet Monge sur l'inégalité que représenterait une telle mesure. En effet, s'il doit y avoir un changement des comportements, le risque n'est-il pas que ce soit surtout ceux qui ont le moins de moyens qui arrêteront de prendre des médicaments, de sorte que l'effet de responsabilisation que vous attendez n'aura rien d'un phénomène global ?

Cette responsabilisation serait pourtant intéressante en matière de santé publique, car, comme vous l'avez dit, notre consommation d'antibiotiques ou d'antidépresseurs atteint un niveau record, ce qui ne manque pas de poser question.

Toutefois, il faudrait sans doute intervenir dans le cadre de la formation des médecins plutôt que de faire peser la charge sur les patients qui prennent des médicaments. En effet, l'on sait bien que, dès lors qu'il faut payer, une certaine partie de la population arrête de se soigner, sans que cela relève d'un souci de moins consommer ou d'améliorer son comportement par rapport aux médicaments.

Quelles en sont les conséquences ? Bien évidemment, la situation sociale se dégrade et, surtout, cela finit par coûter plus cher à la sécurité sociale, comme c'est toujours le cas lorsqu'on ne se soigne pas suffisamment tôt.

Monsieur le ministre, votre proposition ne s'inscrit-elle pas d'abord dans une logique de très court terme ?

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Je veux insister sur l'incohérence qui caractérise la position des deux ministres.

En effet, nous avons longuement débattu, au cours de la journée d'hier, sur les taxes comportementales visant les addictions, notamment à l'alcool et au sucre. Nous avons rappelé, à plusieurs reprises, que les taxes comportementales avaient fait la preuve de leur efficacité, en particulier celle sur le tabac. Mais le ministre nous a opposé un refus, au motif qu'il fallait préserver le pouvoir d'achat des Français, comme l'a expliqué mon collègue Bernard Jomier.

Or voilà que vous nous dites que l'augmentation des franchises aura l'effet d'une taxe comportementale qui permettra de diminuer la consommation des médicaments.

Messieurs les ministres, mettez-vous d'accord ! Les taxes comportementales sont-elles bénéfiques ? Sont-elles efficaces ?

Si c'est le cas, taxons la consommation de sucre et d'alcool et nous obtiendrons des gains substantiels, qui permettront non seulement d'améliorer, dans l'immédiat, notre économie de la santé, mais surtout de réduire le nombre des pathologies chroniques que la consommation de ces produits induit.

En revanche, si les taxes comportementales ne sont pas efficaces, votre mesure sur la hausse des franchises n'a aucun intérêt.

Expliquez-nous donc comment le Gouvernement peut tenir ces deux discours différents !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je ne crois pas que le Gouvernement tienne deux discours différents, mais des ministres peuvent prendre des positions différentes sur la même question.

Pour le dire de manière très directe, j'ai défendu dans le cadre des discussions interministérielles des propositions de taxes comportementales. Je n'ai pas été suivi, parce que leur impact financier aurait été sans commune mesure pour les contribuables.

Pour autant, j'aurai l'occasion de présenter dans quelques jours le plan national de lutte contre le tabagisme. J'ai défendu, dans ce cadre, une augmentation substantielle du prix du paquet de cigarettes. Le Gouvernement a jugé – et je suis solidaire de cette décision, par construction – que, cette année, une mesure visant à augmenter le prix du paquet de cigarettes – il s'agit bien d'une taxe comportementale, madame Poumirol – n'aurait pour effet que d'être impopulaire. D'ailleurs, la hausse des franchises n'est pas non plus une mesure particulièrement populaire...

Le débat sur la taxation des produits sucrés et alcoolisés a eu lieu à l'Assemblée nationale et au Sénat. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Gouvernement n'a pas tranché sur la hausse des franchises. En effet, si l'on brouille le message, en laissant croire qu'il ne s'agit que d'une mesure financière, au même titre notamment que la taxe sur le tabac, et cela alors que nous connaissons une période de forte inflation qui a des conséquences sur le pouvoir d'achat des Français, alors on ne parviendra pas à défendre l'idée que la hausse des franchises est aussi une mesure de santé publique.

Je ne prétends pas que cette mesure soit seulement cela, de la même manière que la taxe sur le tabac est une mesure de santé publique et un investissement à moyen terme pour réduire les coûts de traitement du cancer du poumon, qui atteignent dans la durée un montant de 400 milliards d'euros.

Le Gouvernement a tranché la question dans certains domaines, mais croyez-le bien, le ministère de la santé n'a pas abdiqué quant au fait que les taxes comportementales sont nécessaires sur certaines consommations. C'est une conviction que je porte et nous avons la preuve – selon une pratique *evidence-based*, pour le dire en anglais – qu'elles contribuent à faire évoluer les comportements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 273.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 27.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 272 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1336 rectifié *ter* est présenté par Mme Schillinger, MM. Rambaud, Buis et Buval, Mmes Havet et Durantou et M. Rohfritsch.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-1-13, il est inséré un article L. 162-1-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-13-1. – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, en cas de rendez-vous non honoré auprès d'un professionnel de santé en ville, il est mis à la charge de l'assuré social une somme forfaitaire définie par décret.

« La somme mentionnée au premier alinéa peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

2° Après le 1° du I de l'article L. 162-14-1, il est inséré un 1° ... ainsi rédigé :

« 1° ... Les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré par l'assuré social pour lequel l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-13-1 ; ».

La parole est à M. le président de la commission, pour présenter l'amendement n° 272.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. L'objet de cet amendement est la création d'une somme forfaitaire, versée à l'assurance maladie, à la charge des assurés n'honorant pas un rendez-vous médical.

M. le président. L'amendement n° 1336 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Cet amendement sur les « lapins » ne pose pas de problème sur le fond, mais le sujet doit être renvoyé à la négociation conventionnelle. En effet, nous n'avons toujours pas trouvé le moyen de traiter le problème selon un principe d'égalité.

On peut facilement envisager de créer une taxe dite « lapin », dans le cas où les gens prendraient leur rendez-vous médical *via* un site internet, comme Doctolib, et ne l'honoreraient pas. Il est plus compliqué de le faire, dès lors que le rendez-vous est pris par téléphone. Nous n'avons pas trouvé la solution.

Avec Agnès Firmin Le Bodo, dont je salue l'arrivée parmi nous, nous sommes très sensibles à ce problème que l'on nous signale régulièrement, car les médecins perdent ainsi beaucoup de temps. Je peux vous dire que nous travaillons d'arrache-pied à trouver une solution satisfaisante, mais je ne crois pas que celle qui est proposée ici le soit.

Les médecins sont très demandeurs et en même temps très réticents à l'idée, par exemple, de devoir annoncer à un patient qu'ils majoreront le tarif de la prochaine consultation à cause d'un « lapin ».

Encore une fois, il faut traiter le problème dans le cadre de la négociation conventionnelle, car on n'arrivera pas à le faire par un décret en Conseil d'État.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Nous voterons contre cet amendement.

Tout d'abord, il existe sans doute – je ne suis pas naïve – quelques personnes assez individualistes pour prendre plusieurs rendez-vous à la fois, puis en abandonner certains, sans se soucier du tort qu'elles font à leurs concitoyens.

Mais, dans la plupart des cas, ceux qui utilisent les plateformes pour trouver un médecin le font précisément parce qu'ils n'en ont plus à proximité. Ils sont donc obligés de prendre une multitude de rendez-vous (*M. Laurent Burgoa s'exclame.*) pour essayer d'en trouver un, qui soit le plus près possible de chez eux. Chacun a des exemples, dans sa famille ou dans son entourage, de personnes qui sont contraintes d'agir ainsi.

Ensuite, il me semble – certes, de manière empirique, mais je veux quand même le dire – que, lorsque l'on connaît son médecin, notamment parce qu'il exerce dans la ville où l'on habite, on préférera téléphoner à l'assistante médicale pour prévenir que l'on ne pourra pas venir plutôt que de poser un lapin au médecin.

En revanche, dès lors que le « marché de la consultation » – c'est ainsi que je le nomme – est organisé par des plateformes qui s'en emparent – ces mêmes plateformes qui naissent des crises que nous connaissons –, les rendez-vous deviennent impersonnels. Il est plus facile de ne pas honorer un rendez-vous quand on l'a pris sur Doctolib que quand on a fixé la date avec une assistante par téléphone ou *de visu*.

Enfin, je souscris à ce que vient de dire le ministre. Nous ne cessons de dire que les médecins sont surbookés, ne sont pas assez nombreux et croulent sous le travail. Comment donc pourrions-nous leur demander de gérer ce genre de situation, en mettant à l'amende les patients qui n'honorent pas leur rendez-vous pour telle ou telle raison ? Comment faire le tri, également, entre ceux qui sont vraiment dans l'impossibilité d'honorer leur rendez-vous et les cas plus farfelus ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 272.

(L'amendement est adopté.)

Mme Raymonde Poncet Monge. Vous en êtes sûr ?

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 27.

L'amendement n° 275, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction :

« a) de la consultation et du renseignement du dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-15 du même code ;

« b) de la participation des professionnels à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins. »

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à ce que les conventions professionnelles conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé prévoient les conditions dans lesquelles la rémunération des professionnels peut être modulée selon deux critères, d'une part, leur degré d'utilisation du dossier médical partagé (DMP), d'autre part, leur

participation à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins.

Les conditions dans lesquelles ces deux critères seront appréciés pourront être librement fixées par les partenaires conventionnels et varier selon la profession concernée.

De manière concrète, il s'agit d'assurer une contribution plus forte au développement du DMP, la « modulation » – le terme que nous employons ici – de la rémunération ayant une valeur d'incitation. Les règles de l'article 40 de la Constitution nous ont conduits à utiliser ce terme dans l'amendement. Le message reste toutefois clair : il s'agit d'inciter les professionnels de santé à remplir les objectifs mentionnés.

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Tout d'abord, la modulation de la rémunération des professionnels de santé inclut déjà des indicateurs qui sont liés à l'usage du dossier médical partagé.

Ensuite, l'effort de maîtrise des dépenses est un objectif auquel les professionnels de santé souscrivent déjà depuis plusieurs années. Il n'est donc pas nécessaire d'en faire une condition de modulation de leur rémunération.

Pour ces deux raisons, l'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 275.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 27.

L'amendement n° 274, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « tôt », la fin du I de l'article L. 162-14-1-1 est ainsi rédigée : « à la date d'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. » ;

2° La seconde phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-15 est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière conduit la trajectoire de dépenses d'assurance maladie à s'écarter excessivement de celle votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;

3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du vingt-cinquième alinéa est complétée par les mots : « ou lorsque leur incidence financière conduit la trajectoire de dépenses d'assurance maladie à s'écarter excessivement de celle votée en loi de financement de la sécurité sociale » ;

b) Après le mot : « tôt », la fin du vingt-septième alinéa est ainsi rédigée : « à la date d'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. »

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Comme le constatait la Cour des comptes dans son rapport de 2022 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, l'évaluation et le suivi des effets induits par les conventions conclues entre les professionnels de santé et l'assurance maladie sont insuffisants.

Leurs incidences ne sont pas non plus connues du Parlement en temps utile. J'en veux pour preuve ce dont nous débattions tout à l'heure, à savoir que nous ne disposons pas de la traduction financière des nouvelles conventions nationales en cours de négociation.

Le présent amendement tend à introduire deux modifications au régime applicable à ces conventions, afin de mieux en maîtriser les répercussions financières.

D'une part, il vise à permettre au ministre chargé de la sécurité sociale et de la santé de s'opposer à l'entrée en vigueur d'une convention dont les conséquences financières remettraient en cause de manière substantielle – je dis bien substantielle – la trajectoire des dépenses d'assurance maladie votée par le Parlement.

D'autre part, il vise à remplacer dans le code de la sécurité sociale le délai de six mois nécessaire à l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle dépensière par un délai subordonné à la date d'entrée en vigueur d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de ses conséquences sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie.

Pour le dire plus simplement, nous souhaitons pouvoir cerner les enjeux financiers qui découlent des négociations.

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. La commission propose de modifier le régime applicable aux conventions, afin de mieux en maîtriser les incidences financières.

Je rappelle que le code de la sécurité sociale prévoit déjà un mécanisme suspendant l'entrée en vigueur de revalorisations conventionnelles, dès lors que le comité d'alerte de l'Ondam considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement.

D'ailleurs, les pouvoirs publics mettent en œuvre ce type de mesure sans même attendre le déclenchement d'un tel mécanisme. Par exemple, en 2023, l'assurance maladie a décalé de six mois l'entrée en vigueur du bilan de soins infirmiers pour les patients dépendants de moins de 85 ans, car la trajectoire de remboursement excédait déjà les prévisions.

Je rappelle aussi que les accords conventionnels respectent l'enveloppe de l'Ondam votée en loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que la trajectoire pluriannuelle fixée par la loi de programmation des finances publiques ; en outre, les ministres peuvent déjà s'opposer à leur publication, le cas échéant.

Enfin, la commission propose de modifier les dispositions relatives au délai de six mois nécessaire à l'entrée en vigueur de nouvelles mesures conventionnelles. Cette modification reviendrait, dans la plupart des cas, à supprimer ce délai. Je ne suis pas favorable à une telle évolution, car nous savons que le mécanisme actuel est utile pour réguler les dépenses de soins de ville.

Pour l'ensemble de ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je doute un peu de l'opérationnalité du dispositif proposé par la commission.

Mes chers collègues, nous allons bientôt voter le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Or notre maîtrise de la trajectoire des dépenses est toute relative, puisque, *in fine*, ce texte sera adopté *via* le recours à l'article 49, alinéa 3, de la Constitution : c'est donc le Gouvernement seul qui établira le montant de l'Ondam.

J'ajoute qu'un certain nombre de négociations conventionnelles viennent de s'engager, et que le Gouvernement n'en a pas tenu compte dans ses prévisions financières pour 2024. Admettons, par exemple, que ces négociations aboutissent avec les uns ou les autres – on parle beaucoup des négociations avec les médecins, mais il en existe avec les différentes catégories de soignants – et qu'elles conduisent à des revalorisations tarifaires. Imaginons que les infirmières obtiennent enfin une revalorisation de leur lettre clé : que fera-t-on ? Devra-t-on considérer que notre vote n'a pas été respecté ?

L'amendement devrait *a minima* préciser que le dispositif ne peut s'appliquer que dans le cas où une négociation conventionnelle conduirait au dépassement du seuil d'alerte – et encore, l'amendement resterait difficilement applicable.

Si je comprends bien les motifs pour lesquels la commission a fait cette proposition – je pense notamment à la coexistence d'une absence effective de régulation des dépenses de soins de ville et d'un contrôle plus strict de l'hôpital qui, lui, est soumis à des mises en réserve prudentielles –, je considère que tout cela n'est pas très adroit.

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. J'entends les remarques de notre collègue Jomier et je les comprends. Cet amendement donne surtout l'occasion à la commission de délivrer un message : nous déplorons l'absence d'anticipation et de prévisions financières.

Pour ne citer que cet exemple, l'objectif de dépenses en matière de soins de ville est continuellement dépassé. (*M. Bernard Jomier acquiesce.*) Il s'agit certes d'un système de guichet, mais on constate en permanence que les prévisions sont allégrement dépassées.

Avec cet amendement, non seulement on considère qu'il faut mettre un peu de sérieux dans tout cela, mais on demande un minimum de prévisibilité.

J'espère que le Gouvernement, lorsqu'il réfléchit aux négociations conventionnelles, en anticipe les conséquences financières. J'imagine mal qu'on négocie avec les professionnels de santé sans avoir la moindre idée des incidences budgétaires de ces négociations. Sans de telles prévisions, il serait vraiment bien difficile de négocier.

Il faut *a minima* que nous parvenions à faire en sorte que l'Ondam relatif aux soins de ville soit enfin respecté. Dans ce cadre, les dépassements ne pourraient être tolérés que pour les seules dépenses de guichet.

De surcroît, nous pensons qu'il faut anticiper sur les incidences financières des négociations conventionnelles, de sorte à améliorer le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Tel est le message que nous défendons à travers cet amendement.

M. Bernard Jomier. C'est donc un amendement d'appel ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 274.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 27.

L'amendement n° 1244, présenté par MM. Temal et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, M. Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Avant l'article 27

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 114-8 du code des relations entre le public et l'administration est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est complété par les mots : « , ainsi que pour établir son droit au bénéfice éventuel d'une prestation ou d'un avantage prévus par des dispositions législatives ou des actes réglementaires et, le cas échéant, lui attribuer lesdits prestations ou avantages. » ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « peuvent échanger » sont remplacés par le mot « échangeant » ;

b) Le mot : « éventuellement » est supprimé.

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Cet amendement, dont le dispositif s'inspire de la proposition de loi, déposée par Rachid Temal et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, visant à lutter contre le non-recours aux droits et prestations sociales, tend à faire de l'échange des données entre les différentes administrations, aujourd'hui conçu comme un outil d'information des usagers, un outil opérationnel d'attribution de droits sociaux, et ce dès la promulgation de la présente loi, et non à l'horizon de 2027, comme le prévoit l'expérimentation lancée par le Gouvernement.

Dans la période de forte inflation que nous connaissons, ce sont nos concitoyens les plus fragiles qui subissent le plus durement les effets de la hausse des prix, notamment ceux des biens de première nécessité. Or le non-recours aux prestations sociales peut atteindre plus de 60 % selon les dispositifs concernés.

Nous défendons donc une démarche de bon sens qui permettrait à nos concitoyens de bénéficier pleinement des droits auxquels ils sont éligibles.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Nous comprenons parfaitement l'objet de cet amendement et votre intention est tout à fait légitime, ma chère collègue.

Cependant, les modifications que vous proposez sont assez marginales, elles portent sur les dispositions générales du code des relations entre le public et l'administration et elles sont en réalité satisfaites par les dispositions spécifiques du code de la sécurité sociale.

C'est pourquoi la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Nous comprenons l'objectif que vous visez, madame la sénatrice, et nous partageons votre souci de lutter contre le non-recours – c'est également un enjeu important pour le Gouvernement.

La loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite loi 3DS, a déjà permis beaucoup d'avancées en ce sens.

La lutte contre le non-recours passera aussi, et surtout, par la mise en œuvre de l'un des engagements du Président de la République, le projet de solidarité à la source.

Dès le 1^{er} janvier prochain, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) et de la prime d'activité pourront déclarer leurs ressources sur la base du montant net social. Cette ligne sur le bulletin de paie constitue un premier effort de simplification qui permettra de supprimer les erreurs, les indus et les rappels fragilisant la situation des allocataires.

Au premier trimestre de l'année 2025, les déclarations des allocataires seront préremplies pour simplifier encore davantage leurs démarches et encourager le recours aux droits.

Par ailleurs, comme vous le savez, nous complétons dès cette année nos efforts en étendant le dispositif « territoires zéro non-recours » à trente-neuf collectivités. C'est l'ensemble des acteurs de la solidarité qui travailleront ensemble pour aller vers les publics les plus éloignés de leurs droits.

Vous le constatez, madame la sénatrice, le Gouvernement est résolument engagé dans la lutte contre le non-recours. Modifier encore les textes n'accélérera pas les travaux en cours. Une telle démarche étant sans doute inutile, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, faute de quoi j'y serai défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Le non-recours accroît les risques de basculement dans la précarité. Il résulte souvent, selon les différentes études publiées, d'un manque d'informations, qui découle lui-même, dans nos territoires, d'un vrai repli des services publics qui diffusaient jusqu'à maintenant, au plus près des citoyens, ces informations sur les aides existantes.

Les maisons et les bus France Services ne peuvent pas tout faire, d'autant qu'ils impliquent un effort des collectivités locales elles-mêmes pour pallier l'absence des services publics dans nos territoires, en particulier ruraux, et pour garantir un meilleur accès aux informations et, donc, aux prestations.

Aujourd'hui, un certain nombre d'initiatives privées voient le jour, comme le site www.mes-allocs.fr qui tire parti, non seulement de la complexité du système des prestations sociales, mais aussi des difficultés pour y accéder.

On assiste à une marchandisation tarifée d'une démarche censée être universelle, gratuite – des principes à la base du fonctionnement de nos administrations et de l'accès aux

prestations –, avec des slogans du type « il n'a jamais été aussi simple de faire valoir ses droits » et des promesses d'accompagnement payant pour 29 euros « seulement » par trimestre...

Alors, certes, vous avez lancé l'expérimentation « territoires zéro non-recours » qui a impliqué un certain nombre de collectivités – comme pour France Services –, mais tous les leviers doivent être activés, dont l'échange de données entre administrations.

Si cet échange existe – le président de la commission l'a assuré –, il faut qu'il soit efficace et opérationnel. Cela évitera cette marchandisation de l'accès aux prestations dans laquelle nombre de nos concitoyens vont très vite verser, tant ils rencontrent des difficultés à s'informer sur les aides et à accéder aux services publics qui pourraient les accompagner dans leurs démarches pour recourir aux prestations sociales.

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

Mme Nathalie Goulet. En 2019, Carole Grandjean, alors députée, et moi-même avons commis un rapport sur la fraude sociale et son pendant, le non-recours aux prestations sociales. Nous avons fait un certain nombre de propositions qui ne sont malheureusement pas encore mises en œuvre, dont l'échange de données faisait évidemment partie.

Je ne suis pas persuadée que le dispositif de cet amendement soit complètement opérationnel, mais, à l'évidence, le non-recours aux droits est un problème majeur aujourd'hui. Aussi, les propositions que l'on a formulées, notamment celles sur l'information des publics les plus fragiles, doivent absolument être prises en considération.

Enfin, je dois vous dire mon hostilité absolue à la solidarité à la source, dans la mesure où nos bases de données sont complètement tronquées : on risque d'encourager la fraude plutôt que de favoriser la lutte contre le non-recours, qui est pourtant un impératif.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1244.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 27

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du 6° du II de l'article L. 114-17-1, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , le centre de santé ou la société de téléconsultation » ;
- ③ 2° L'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :
- ④ a) Au premier alinéa du I, les mots : « et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2, à laquelle participent des professionnels de santé » sont supprimés ;
- ⑤ b) Après le même I, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ⑥ « I *bis*. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut également, après que le centre de santé ou la société de téléconsultation mentionnée à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique a été mis en mesure de présenter ses observations, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, le versement des indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 du présent

code prescrites par les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures, en cas de constatation par ce service :

- ⑦ « 1° Du non-respect des conditions prévues, respectivement, à l'article L. 321-1 et au 2° de l'article L. 431-1 ;
- ⑧ « 2° Ou d'un nombre ou d'une durée des arrêts de travail prescrits par les professionnels exerçant au sein du centre de santé ou de la société de téléconsultation et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées pour les centres de santé ou les sociétés de téléconsultation ayant une activité comparable dans le ressort de la même agence régionale de santé ou au niveau national.
- ⑨ « Toutefois, en cas d'urgence attestée par le professionnel de santé prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour le versement des indemnités journalières. » ;
- ⑩ c) Le II est ainsi modifié :
- ⑪ – à la première phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « au centre de santé ou à la société de téléconsultation, » ;
- ⑫ – à la seconde phrase, les mots : « du professionnel de santé » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « ou au I *bis* » ;
- ⑬ 3° L'article L. 315-1 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Les trois derniers alinéas du II sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑮ « Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou de sa durée ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai de soixante-douze heures. Ce rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré.
- ⑯ « Si ce rapport conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou de sa durée, le médecin en informe également, dans le même délai, l'organisme local d'assurance maladie, qui suspend le versement des indemnités journalières. Cette suspension prend effet à la date à laquelle l'assuré a été informé de cette décision. Toutefois, dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur.
- ⑰ « Le service du contrôle médical peut, au vu du rapport, décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. S'il décide de procéder à cet examen, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.
- ⑱ « Le service du contrôle médical peut en outre être saisi par l'assuré, qui en fait la demande à son organisme de prise en charge. Le délai dans lequel cette demande est

effectuée ainsi que le délai dans lequel intervient le nouvel examen de la situation de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'État.

- ①9 « Lorsque le rapport fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, le service du contrôle médical ne peut demander la suspension du versement des indemnités journalières qu'après un nouvel examen de la situation de l'assuré. » ;
- ②0 b) Il est ajouté un VIII ainsi rédigé :
- ②1 « VIII. – Les missions du service du contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils mentionnés à l'article L. 224-7 du présent code. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et de certaines activités au personnel des échelons régionaux et locaux du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux rendent des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans le cadre d'un protocole écrit. » ;
- ②2 4° Le III de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :
- ②3 a) La troisième phrase est ainsi rédigée : « Lorsque le service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé. » ;
- ②4 b) À l'avant-dernière phrase, les mots : « praticien-conseil » sont remplacés par les mots : « service du contrôle médical ».
- ②5 II. – Le a du 2° du I s'applique à compter du 1^{er} février 2024.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 816 rectifié est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 920 est présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1245 est présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarraz, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziâne, Michau et Ouizille, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 816 rectifié.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le Gouvernement justifie les dispositions de l'article 27, en insistant sur l'augmentation des dépenses au titre des indemnités journalières (IJ), alors même que, selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, le dépassement de 300 millions d'euros constaté par rapport à l'objectif fixé en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 est « quasiment intégralement dû au contexte inflationniste persistant qui a tiré à la hausse le coût moyen des arrêts de travail de façon plus importante qu'anticipée ».

Par ailleurs, l'essentiel de la hausse du nombre des arrêts de travail s'explique par l'augmentation du taux d'emploi et le vieillissement de la population active.

Si le Gouvernement s'attarde sur la question du nombre des arrêts de maladie, il ne pondère jamais ce constat par une prise en compte de l'intensification bien plus dynamique du travail. Ainsi, selon la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), le taux de salariés exposés à trois contraintes physiques ou plus s'élevait à 34 % en 2016, contre 12 % en 1984.

Si le taux d'absentéisme des moins de 30 ans a explosé, c'est aussi parce que ces jeunes sont touchés par l'intensification du travail et qu'ils ont un rapport conflictuel avec celui-ci, notamment en raison du manque de sens qui caractérise certaines activités, lequel a été largement étudié.

L'intensification du travail, le manque de sens, l'insécurité socioéconomique affectent plus particulièrement les jeunes et les cadres.

Quant aux arrêts pour épuisement professionnel, ils sont devenus la première pathologie à l'origine des arrêts de travail de longue durée.

Aucun de ces éléments n'est pris en considération dans cet article 27 qui se contente, une fois de plus, d'ignorer la question du travail, de sa perte de sens et de son intensification délétère pour la santé et qui fait peser sur les épaules des salariés toute la charge de la sanction.

S'il faut lutter contre les arrêts maladie induits, il serait préférable de lutter au préalable contre la dégradation des conditions de travail et la perte de sens au travail.

M. le président. La parole est à Mme Marianne Margaté, pour présenter l'amendement n° 920.

Mme Marianne Margaté. Cet été, le ministre de l'économie s'est alarmé de l'augmentation des dépenses au titre des indemnités journalières versées par l'assurance maladie ces dernières années, puis a proposé un allongement des délais de carence en cas d'arrêt de travail.

Si le Gouvernement a finalement renoncé à instaurer un délai de carence plus long, il a trouvé une alternative qui consiste à fliquer les malades, en prévoyant la suspension du versement de leurs indemnités journalières.

Envisager la suspension automatique de ces indemnités à la suite d'un contrôle mandaté par l'employeur est scandaleux ! Le contrôle des arrêts de travail indemnisés par l'assurance maladie doit rester l'apanage de l'assurance maladie, laquelle offre des garanties en termes de débat et de recours.

Le Gouvernement a décidé de mener une bataille contre ce qu'il appelle les « travailleurs enclins à la paresse » et les « médecins de connivence », en offrant la possibilité aux employeurs de mandater un médecin qui contrôlera les arrêts de travail de leurs salariés.

Si la lutte contre la fraude est indispensable, la casse sociale n'est pas une option, a dénoncé le syndicat des médecins généralistes MG France.

Le risque d'une dérive vers une privatisation du contrôle de l'assuré social et d'une instrumentalisation de la procédure par l'employeur pour précariser des salariés en position de fragilité est inacceptable. Nous refusons la stigmatisation des assurés sociaux et des médecins prescripteurs au nom de la réduction des dépenses au titre des indemnités journalières versées par l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1245.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise à supprimer l'article 27, dont le but est de maîtriser le nombre d'arrêts de travail que le Gouvernement considère – je dis bien considère – comme injustifiés.

Pourtant, il existe déjà un certain nombre de dispositifs en la matière, puisqu'une entreprise a la possibilité depuis longtemps de faire appel à un médecin agréé par l'ordre des médecins pour contrôler les arrêts maladie.

Avec cet article, vous entendez renforcer ces mesures : vous octroyez au médecin diligenté par l'employeur le pouvoir de contrôler et de remettre en cause la durée de l'arrêt de travail prescrit par le médecin généraliste ; vous suspendez de manière automatique le versement des indemnités journalières ; enfin, vous rendez possible la suspension de ces indemnités à la date retenue par ce médecin, et non à la date de notification au travailleur, et ce sans intervention du praticien-conseil.

Pour nous, il s'agit d'une dérive vers une privatisation des contrôles de l'assurance maladie, ce qui est inacceptable. Si le médecin mandaté par l'employeur peut jouer un rôle d'alerte, la décision finale de suspendre les indemnités ne peut être prise que par un tiers indépendant de l'employeur, du payeur et du prescripteur.

Le non-respect du principe d'impartialité entraîne une fragilisation du système des indemnités journalières. Ces dernières ne peuvent en aucun cas être supprimées sans un avis systématique du médecin-conseil de l'assurance maladie.

Nous dénonçons de surcroît le fait qu'aucune procédure contradictoire instaurant un délai permettant à l'assuré de saisir le contrôle médical de l'assurance maladie ne soit prévue par le texte.

Enfin, si nous comprenons bien qu'il se justifie par le souci de faire des économies, l'article 17 ne s'attaque pas aux causes réelles de l'augmentation des dépenses au titre des indemnités journalières, à savoir les conditions de travail, la pénibilité des postes ou la santé mentale des travailleurs.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Ces amendements tendent à supprimer l'article 27, qui prévoit de modérer les dépenses au titre des indemnités journalières.

La commission a soutenu ce dispositif, car les dépenses au titre des indemnités journalières ont augmenté de 57 % depuis 2020 et s'élèvent aujourd'hui à plus de 9 milliards d'euros. Cette dynamique est réelle et résulte de la conjonction de plusieurs facteurs déjà évoqués.

L'article 27 ne nie pas cette tendance de fond ; il ne s'agit en aucun cas de cesser le versement des indemnités journalières dûment justifiées ; il ne s'agit pas non plus d'exercer une suspicion généralisée sur les patients ou sur les médecins, ou d'inverser la charge de la preuve.

Cet article prévoit de simplifier le circuit de traitement par le service du contrôle médical des rapports adressés par les médecins contrôleurs faisant état d'une prescription n'étant pas ou plus médicalement justifiée.

Il rendrait la suspension des indemnités concomitante à la notification à l'assuré des conclusions de ce rapport. Il permettrait ainsi de libérer du temps médical pour les médecins-conseils.

La nouvelle procédure serait assortie de plusieurs garanties. Les indemnités journalières ne pourront pas être suspendues si aucune contre-visite médicale n'est effectuée. Le service du contrôle médical pourra toujours réexaminer une situation et maintenir aussitôt le versement des IJ. L'assuré disposera d'un délai de dix jours francs pour saisir le service du contrôle médical, qui se prononcera alors dans un délai de quatre jours francs sur la situation médicale du salarié.

Par ailleurs, ce que les auteurs des amendements oublient de mentionner, c'est que certaines dispositions de l'article 27 visent aussi à étendre les procédures de contrôle des arrêts de travail aux centres de santé et aux sociétés de téléconsultation, dont l'activité de prescription est anormalement élevée. Faire en sorte de mieux contrôler les sociétés de téléconsultation ayant une politique générale de surprescription me semble pourtant constituer un objectif consensuel.

Enfin, pour définitivement dissiper toutes les inquiétudes, la commission vous proposera d'adopter cet article modifié par deux amendements, l'un visant à maintenir les garanties d'une procédure contradictoire pour les professionnels de santé faisant l'objet d'un contrôle, l'autre ayant pour objet de renforcer les garanties d'une procédure juste pour les personnes dont l'état de santé est plus fragile.

Vous l'aurez compris, la commission est défavorable à ces trois amendements.

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Je ne reviendrai pas sur les aspects techniques de l'argumentaire que M. le président de la commission vient de très bien exposer.

Je voudrais simplement vous expliquer les raisons pour lesquelles nous défendons cet article. Celui-ci a bien pour objet de renforcer le contrôle des arrêts de travail médicalement injustifiés, et non de remettre en cause la reconnaissance de l'incapacité de travail d'un salarié. Il ne s'agit en aucun cas de revenir sur les droits des salariés.

Cet article vise l'efficacité : il s'agit de simplifier, d'accélérer et d'améliorer, et non de stigmatiser les travailleurs ou les médecins prescripteurs.

Nous voulons continuer de réfléchir à l'amélioration des conditions de travail. Nous ne nions pas les facteurs structurels qui poussent un certain nombre de salariés, jeunes

notamment, à faire des burn-out ou à s'arrêter de travailler. Je le redis, nous cherchons à redonner du sens à l'activité professionnelle.

J'ajoute, comme l'a indiqué le président de la commission, que cet article vise aussi à étendre les procédures de contrôle de prescriptions aux centres de santé et aux sociétés de téléconsultation.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Permettez-moi de vous rappeler que j'ai consacré une partie de mon intervention à expliquer que l'augmentation des arrêts de travail – car c'est cette augmentation qui vous pose problème et qui vous a poussé à élaborer l'article 27 – résulte de causes bien identifiées, que la Commission des comptes de la sécurité sociale a elle-même détaillées.

Cette augmentation n'est ni une dérive ni le fruit d'une dynamique délétère. Je m'élève contre cette mauvaise foi et cette propension à tout mélanger.

Par ailleurs, vous ne me ferez pas croire que cet article vise à dégager du temps médical pour les médecins-conseils. Il s'agit de privatiser le contrôle des arrêts de travail, qui plus est au bénéfice d'un contrôle opéré par un médecin mandaté par l'employeur ! C'est une chose de privatiser, c'en est une autre de confier la responsabilité de ce contrôle à l'employeur.

Pourquoi ne pas aller plus loin et prévoir, par exemple, que seul le médecin de l'employeur puisse délivrer des arrêts de travail ? Ce pourrait être la prochaine étape... Il est vraiment scandaleux de faire appel à un médecin qui ne serait pas neutre.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Nous tenons à souligner l'importance de cet article.

Oui, nous croyons que vous stigmatisez les patients et les médecins. Et j'en veux pour preuve que, la semaine dernière, le quotidien régional *La Dépêche* a évoqué le cas de trois médecins du Tarn, qui ont été épinglés et qui risquent d'être sanctionnés pour avoir prescrit « trop » d'arrêts de travail. Au moins quinze à vingt de leurs collègues sont venus les soutenir, parce qu'ils trouvaient que les sanctionner pour cela serait injuste. Ces médecins exercent dans une zone du département qui concentre des difficultés sociales importantes, ce qui explique que le taux d'arrêts de travail puisse être plus élevé qu'ailleurs.

Vous prétendez que le médecin mandaté et payé par l'employeur pourra désormais décider si les arrêts de travail sont justifiés ou non. Mais jamais de la vie ! On ne peut pas confier une telle responsabilité à ce médecin : il faut une personne neutre.

Nous continuons à penser que, d'abord, il faut faire confiance aux médecins généralistes. Ils ne prescrivent pas d'arrêt de travail sans raison. Laissez donc les médecins généralistes jouer leur rôle.

Ensuite, si vous voulez renforcer les contrôles, faites en sorte qu'ils soient diligentés par l'assurance maladie et non par l'employeur. En mandatant un médecin rémunéré par l'employeur, vous ne faites qu'aggraver la situation de salariés qui sont déjà en difficulté dans leur entreprise.

Nous sommes donc en absolu désaccord avec vous sur ce point.

M. le président. La parole est à Mme Marianne Margaté, pour explication de vote.

Mme Marianne Margaté. Je partage l'avis de mes collègues au sujet de cette privatisation du contrôle des arrêts de travail au profit de l'employeur.

Savez-vous d'ailleurs que de plus en plus d'agences de détectives offrent leurs services sur internet pour surveiller les salariés en arrêt de travail ?

L'une de ces agences explique sur son site qu'« il est de plus en plus difficile pour le médecin de déceler une simulation de maladie lors de la contre-visite » et que « l'arrivée des nouvelles pathologies récurrentes comme la dépression facilite grandement la tâche des salariés fraudeurs » – on appréciera ! Elle ajoute que « seule la surveillance physique d'un détective privé sur plusieurs jours pourra prouver l'arrêt de travail frauduleux ».

L'article 27 ouvre la voie à ce genre de pratiques, dont l'essor est rapide sur internet. Je vous invite à le constater par vous-mêmes : c'est impressionnant, sans compter que ce genre de prestation ne coûte pas très cher à l'employeur – 1 000 euros hors taxe.

Mme Raymonde Poncet Monge. C'est de toute façon l'entreprise qui paie !

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Il y aura toujours des profiteurs !

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

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Je le redis, et j'y insiste, cet article vise à simplifier les contrôles et à les rendre plus efficaces.

Je rappelle quand même que tous les médecins sont soumis à un code de déontologie. Vous avez donc raison de faire confiance aux médecins généralistes et aux médecins traitants, mais je note que vous ne faites pas confiance aux médecins contrôleurs, qui sont eux aussi soumis au code de déontologie.

Mme Émilienne Poumirol. Mais ils sont payés par les employeurs !

Mme Cathy Apurceau-Poly. C'est vous qui ne faites pas confiance aux médecins généralistes !

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Seulement 0,5 % des médecins bénéficient d'un accompagnement de la caisse primaire d'assurance maladie, sous la forme d'une procédure de mise sous objectifs (MSO) de réduction du nombre d'arrêts de travail ou d'une mise sous accord préalable.

On ne peut donc pas parler d'une stigmatisation des médecins comme on ne peut pas parler – je le répète – d'une stigmatisation des salariés.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 816 rectifié, 920 et 1245.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

6

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. le président. La parole est à M. Bernard Fialaire, pour une mise au point au sujet d'un vote.

M. Bernard Fialaire. Monsieur le président, lors du scrutin public n° 48, ma collègue Véronique Guillotin souhaitait voter contre.

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

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt heures, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de Mme Sylvie Vermeillet.)

**PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE VERMEILLET
vice-présidente**

Mme la présidente. La séance est reprise.

7

**FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2024****Suite de la discussion d'un projet de loi**

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Organisation des travaux

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, il nous reste 324 amendements à examiner et, si nous maintenons le rythme de ces derniers jours, l'examen du projet de loi s'achèverait samedi après-midi.

Aussi vous demanderai-je, si vous le voulez bien, d'intervenir de la façon la plus concise possible. Cela s'applique aux orateurs, notamment pour la défense de leurs amendements, aux rapporteurs, à moi-même, mais également à M. le ministre. *(Sourires.)*

Je crois qu'en ayant une certaine discipline nous pourrions à la fois tenir un débat de qualité et terminer nos travaux dans la nuit de vendredi à samedi.

M. Laurent Burgoa. Très bien !

Mme la présidente. Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen de l'article 27.

Article 27 (suite)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 276 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 466 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, M. Fialaire, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 819 rectifié *bis* est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

II. – Alinéa 6

Après le mot :

observations

insérer les mots :

et après avis de la commission prévue à l'article L. 114-17-2 du présent code,

La parole est à M. le président de la commission, pour présenter l'amendement n° 276.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à maintenir l'avis obligatoire de la commission dite des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions des praticiens.

Par cohérence, il vise également à ajouter cet avis au sein de la nouvelle procédure d'accord préalable, créée par l'article 27, qui s'applique aux sociétés de téléconsultation et aux centres de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 466 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 819 rectifié *bis*.

Mme Raymonde Poncet Monge. Lorsque le taux d'arrêts maladie délivrés par un médecin semble anormalement élevé, des contrôles sont automatiquement mis en place.

Or, si certains critères populationnels sont bien pris en compte, il semble difficile que les référentiels soient toujours adaptés, alors que la première cause d'arrêt de travail concerne désormais les troubles mentaux et psychologiques, dont l'épuisement professionnel.

Rappelons-le, selon le rapport de l'assurance maladie sur l'évolution des charges et des produits, 1,52 million d'arrêts sont prescrits pour syndrome dépressif. L'épuisement professionnel et les troubles psychologiques sont la première pathologie à l'origine des arrêts de travail de longue durée.

Comme le souligne le syndicat MG France, l'augmentation des arrêts est bien réelle, mais « est-elle liée à des changements de pratique des médecins ou à l'évolution de la société, au vieillissement des salariés et aux pressions sur l'augmentation de la productivité et des cadences ? »

Ces dernières causes ne sont pas traitées par le Gouvernement qui préfère augmenter les mises sous objectif et affaiblir le principe du contradictoire en supprimant, dans l'article 27, ladite commission des pénalités financières.

Selon le syndicat, près d'un tiers des médecins généralistes traitants sont ciblés par des contrôles. Doit-on considérer qu'un tiers des médecins, en France, sont laxistes ou sont-ils seulement confrontés, en première ligne, aux causes réelles de l'augmentation des maladies et des accidents professionnels ?

Avec cet article 27, le Gouvernement distille un soupçon à l'encontre des médecins – rêve-t-il de contrôler leur travail ? –, qui, comme l'indique MG France, ont désormais tendance à s'autocensurer au détriment de la santé des patients.

Pour ces raisons, le présent amendement vise à supprimer l'alinéa 4 de l'article 27 afin de conserver la commission des pénalités et, en conséquence, le principe du contradictoire.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention. Si nous proposons de supprimer l'avis de la commission des pénalités financières, c'est pour fluidifier et alléger le circuit administratif.

Il n'est nullement question de porter atteinte au principe du contradictoire, puisque le professionnel de santé concerné pourra toujours être entendu et remettre ses observations écrites dans le délai d'un mois à compter de la notification de la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable. Si une audition a lieu, le professionnel de santé qui y participe peut être assisté par la personne de son choix.

Par ailleurs, sur le fond, je considère qu'un médecin qui prescrirait, à patientèle égale et après les rectifications, trois ou quatre fois plus d'arrêts maladie qu'un confrère peut faire l'objet d'un contrôle. Un contrôle, ce n'est pas une condamnation.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 276 et 819 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quinze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n^o 817 rectifié est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n^o 921 est présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n^o 985 rectifié est présenté par MM. Levi, Bonhomme, Laugier et Henno, Mme O. Richard, MM. Guerriau et Kern, Mme Billon, M. Saury, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Menonville et Tabarot, Mme Guidez, MM. Chatillon, Gremillet, Bleunven et Cuypers, Mmes Romagny et Antoine et M. H. Leroy.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 14 à 19

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n^o 817 rectifié.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le projet de loi prévoit, à l'article 27, la suspension automatique du versement des indemnités journalières sur décision de l'organisme local d'assurance maladie, après un contrôle médical effectué par un médecin contrôleur à la demande de l'employeur.

Les alinéas 14 à 19 du présent article entérinent ainsi un double mouvement de suspicion, à tout le moins de contrôle, envers le travailleur et le médecin délivrant l'arrêt, sans s'interroger sur la potentielle situation de partialité dans laquelle peut se trouver un médecin contrôleur dépêché par l'employeur qui, d'ailleurs, ne doit pas connaître, à mon sens, le diagnostic médical, à moins de contrevenir au secret médical.

Le médecin dépêché par l'employeur devra-t-il juger de pathologies comme l'épuisement professionnel, le harcèlement professionnel, voire le harcèlement sexuel ? Le salarié peut-il établir une relation de confiance avec une telle partie ? Et ce médecin est-il légitime à connaître la situation médicale complète de l'assuré qu'il contrôle ?

Il est réellement problématique que le médecin contrôleur puisse suspendre les indemnités journalières d'un travailleur en arrêt maladie, avant toute procédure contradictoire et avant un examen impartial par la caisse primaire d'assurance maladie.

Le rôle du médecin contrôleur de la caisse primaire d'assurance maladie ne peut être sous-traité au médecin contrôleur payé par l'employeur.

Par cet amendement visant à supprimer la procédure de suspension automatique des indemnités journalières, nous défendons l'exigence d'impartialité dans l'évaluation des arrêts maladie, tout en permettant la procédure contradictoire, tant pour le travailleur que pour le médecin ayant délivré l'arrêt, dont le diagnostic doit être pris au sérieux et remis en cause uniquement par une commission de médecins capable d'évaluer, en toute impartialité, la pertinence du diagnostic.

Mme la présidente. L'amendement n^o 921 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n^o 985 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Défendu !

Mme la présidente. L'amendement n^o 1364 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 14

Remplacer le mot :

cinq

par le mot :

six

II. – Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au quatrième alinéa du présent II, un décret en Conseil d'État peut déterminer les pathologies qui, lorsqu'elles justifient la prescription de l'arrêt de travail en cause, requièrent, au regard de leur particulière

complexité ou gravité ou de la situation de handicap de la personne, une demande expresse du service du contrôle médical aux fins de suspension des indemnités journalières. » ;

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Le présent amendement tend à maintenir une demande expresse du service du contrôle médical en cas de suspension des indemnités journalières pour des pathologies déterminées par décret en Conseil d'État.

Cette dérogation interviendrait au regard de la particulière complexité ou gravité de certaines maladies ou de la situation de handicap de la personne et lorsqu'elles sont directement la cause de l'arrêt de travail concerné.

La définition par voie réglementaire autorise une souplesse que ne permet pas la seule inscription dans la loi d'une dérogation pour les affections de longue durée (ALD), les maladies chroniques ou les situations de perte d'autonomie.

Cet amendement opère ainsi une synthèse des nombreuses exceptions à la procédure définie à l'article 27, qui seront présentées au travers des amendements suivants.

Mme la présidente. L'amendement n° 818 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 16, première phrase

Supprimer les mots :

qui suspend le versement des indemnités journalières

II. – Après l'alinéa 16

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

« Au regard du rapport transmis par le médecin diligenté par l'employeur au service du contrôle médical, ce service :

« 1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Les dispositions de l'article 27 visent à suspendre le versement des indemnités journalières des assurés ayant été soumis à un contrôle par le médecin contrôleur délégué par l'employeur à la réception du dossier par la caisse primaire d'assurance maladie.

Il tend aussi à prévoir la suspension des indemnités journalières avant toute procédure contradictoire de la part de l'assuré et avant l'examen impartial de la situation par la caisse primaire d'assurance maladie.

Cet amendement de repli vise à conserver, dans le PLFSS, les dispositions actuelles du droit et à maintenir la possibilité pour l'assuré de demander à son organisme de prise en charge la saisine du service de contrôle médical pour examen de sa situation.

Il garantit également la mise en place d'un examen impartial de la situation médicale de l'assuré, entre le diagnostic du médecin ayant délivré l'arrêt, dont les connaissances sur la santé de l'assuré sont généralement plus fines du fait du secret médical et du colloque singulier, et le diagnostic du médecin contrôleur délégué par l'employeur.

Contrairement au dispositif déséquilibré de l'article 27, qui fait porter entièrement le soupçon sur le travailleur et le médecin ayant délivré l'arrêt, en accordant un pouvoir disproportionné au médecin contrôleur dont la neutralité n'est jamais interrogée, le droit en vigueur semble seul capable, pour le moment, de garantir le contradictoire, tout en permettant un examen impartial et exact de la situation de santé de l'assuré.

Par conséquent, il ne semble pas nécessaire de le modifier au travers de l'article 27.

Mme la présidente. L'amendement n° 1384, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 17, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il est tenu d'y procéder si l'arrêt de travail est en lien avec une affection mentionnée au 3° ou au 4° de l'article L. 160-14 ou à l'article L. 324-1 du présent code.

II. – Alinéa 21, deuxième phrase

Supprimer les mots :

des échelons régionaux et locaux

La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Je ne crois pas qu'une ère du soupçon soit ouverte : d'une part, le médecin contrôleur est soumis au code de déontologie médicale comme tous les médecins ; d'autre part, une possibilité de contradictoire existe toujours. Aussi, je ne considère pas que la procédure, qui a pour objectif de fluidifier le circuit administratif, bascule pour autant dans l'arbitraire.

Une partie des remarques qui ont été faites vise les patients atteints d'une ALD, qui ne sont évidemment pas des patients comme les autres.

L'amendement du Gouvernement a trait à ces patients en ALD et tend à renvoyer, immédiatement et automatiquement, au service médical de l'assurance maladie la proposition de suspension de leurs indemnités journalières par un médecin contrôleur. En effet, le service médical de l'assurance maladie dispose d'éléments d'information sur les patients en ALD et pourrait ainsi directement traiter le sujet.

Mme la présidente. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 358 rectifié est présenté par M. Pellevat, Mme V. Boyer, MM. Khalifé, Klinger et Panunzi, Mme Noël, MM. H. Leroy, Bouchet, de Nicolaÿ, Frassa, D. Laurent, Brisson, Paumier, Somon, Sautarel et Genet, Mmes Dumont, Aeschlimann, Josende, Malet, Petrus, Canayer, Nédélec et Belrhiti et MM. Sido et Rapin.

L'amendement n° 409 rectifié *bis* est présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mme Berthet, MM. Anglars et Cadec, Mme M. Mercier, MM. Houpert et Allizard,

Mme Micouveau, M. Pointereau, Mme Gosselin, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Bonfanti-Dossat et M. Gremillet.

L'amendement n° 639 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme Girardin, MM. Gold, Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj et Mme Pantel.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 17

Insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Les patients atteints d'un cancer dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions.

La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 358 rectifié.

M. Khalifé Khalifé. En l'absence de notre collègue Pellevat, je défends cet amendement qui vise à exclure des dispositions de l'article 27 les personnes atteintes d'un cancer et, ainsi, à leur éviter des situations de conflit avec leur employeur.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 409 rectifié *bis*.

M. Alain Milon. Défendu !

Mme la présidente. L'amendement n° 639 rectifié n'est pas soutenu.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 45 rectifié est présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern et Canévet, Mmes Billon et Gatel, M. J.M. Arnaud, Mme de La Provôté, MM. Longeot et Duffourg, Mme Vérien, MM. Houpert, Guerriau, Bleunven et Panunzi, Mmes Lermytte et Romagny, M. Gremillet et Mme Malet.

L'amendement n° 84 rectifié est présenté par Mme Pantel, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme Girardin et MM. Grosvalet, Guérini, Guiol, Laouedj et Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les patients dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 45 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Défendu !

Mme la présidente. L'amendement n° 84 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 693 rectifié, présenté par Mme Gruny, MM. Milon et Paccaud, Mmes Belrhiti, Petrus, Micouveau et Jacques, MM. Panunzi, Sol, Genet et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Brisson, Cuypers, Klinger, Cadec et Chatillon, Mmes Dumont et Demas, MM. Lefèvre et Darnaud, Mme Ventalon, M. Sido, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat, Saury et Bouchet, Mme Primas, M. Burgoa, Mme Estrosi Sassone, MM. J.B. Blanc, Sautarel, Gremillet et Reichardt et Mmes Lassarade et Malet, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le délai dans lequel cet examen pourra être effectué ainsi que les conditions d'information de l'employeur et de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'État.

La parole est à Mme Pascale Gruny.

Mme Pascale Gruny. À l'alinéa 17 du présent article, il est indiqué que le service du contrôle médical peut décider de procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Dans ce cas, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.

Au travers de cet amendement, je propose de compléter l'alinéa en précisant que le délai dans lequel cet examen pourra être effectué ainsi que les conditions d'information de l'employeur et de l'assuré sont fixés par décret en Conseil d'État.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 821 rectifié est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 1255 est présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mme Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Michau et Ouizille, Mmes Lubin, Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les patients dont le parcours de soins est mentionné à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique ne sont pas concernés par les présentes dispositions. » ;

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 821 rectifié.

Mme Raymonde Poncet Monge. Selon la Drees, 12 millions d'assurés souffraient d'une affection de longue durée en France en 2017 et 714 000 n'avaient pas de médecin traitant.

Or les personnes atteintes d'affections de longue durée comptent déjà souvent parmi les actifs les plus pauvres. Ce sont les conclusions, par exemple, de la dernière étude de l'Atelier parisien de l'urbanisme (Apar) sur la métropole du Grand Paris : selon elle, « les communes les plus modestes sont celles dans lesquelles les parts de populations reconnues en affection de longue durée sont les plus élevées. À un niveau plus fin encore, il apparaît que les populations ouvrières ou employées, non diplômées, étrangères ou immigrées, appartenant à une famille monoparentale sont

surreprésentées dans les quartiers dans lesquels les taux standardisés de population en affection de longue durée sont les plus élevés. »

Ainsi, ces populations particulièrement pauvres et fragiles risqueront, du fait des dispositions de l'article 27, une suspension de leurs indemnités journalières, alors que leur état de santé et leur métier difficile peuvent expliquer un recours plus important aux arrêts maladie.

Cela est d'autant plus injuste que, selon le syndicat MG France, ces populations sont particulièrement victimes de l'allongement des délais du parcours de soins, faute d'accès rapide à certains actes médicaux – scanners, consultations de spécialistes... –, qui oblige souvent au renouvellement des arrêts maladie le temps d'obtenir les rendez-vous.

Il serait ainsi raisonnable d'exclure les personnes en affection de longue durée des dispositions de l'article 27 afin de tenir réellement compte de leurs besoins en matière de santé et d'éviter d'aggraver leur situation.

En effet, monsieur le ministre, les recours que vous avez évoqués sont effectués *a posteriori*. Or, en attendant, le versement des indemnités journalières est suspendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1255.

Mme Émilienne Poumirol. Notre amendement va dans le même sens que celui du Gouvernement.

Je le répète, le groupe Socialiste, Écologiste et Républicain est opposé à l'article 27 – ce qui justifiait notre amendement de suppression –, puisqu'il vise à permettre au médecin diligenté par l'employeur de contrôler et de remettre en cause la durée d'un arrêt de travail sans intervention du praticien-conseil de l'assurance maladie, qui est pourtant le seul garant de l'impartialité de la décision.

Monsieur le ministre, même si ce médecin est lui aussi soumis au code de déontologie médicale, il est mandaté par un employeur et peut, de ce fait, subir des pressions. Nous connaissons des cas et ils sont assez fréquents.

À nos yeux, les dispositions de l'article 27 organisent la traque du salarié et de son médecin et accorde un pouvoir excessif au médecin de l'employeur face, à la fois, au médecin généraliste qui a prescrit l'arrêt et au médecin-conseil de l'assurance maladie.

Puisque notre amendement de suppression n'a pas été adopté, nous proposons un amendement de repli qui vise à exclure des dispositions de l'article 27 les personnes atteintes d'une affection de longue durée, mais aussi les patients qui ont une maladie chronique ou des facteurs de risque et les personnes en perte d'autonomie.

Il s'agit de ne pas fragiliser les salariés face à leur employeur, d'autant que leurs relations sont souvent difficiles après l'annonce par le salarié qu'il est atteint d'une affection de longue durée ou d'une pathologie lourde.

Nous souhaitons, par cet amendement, préserver les patients particulièrement vulnérables.

Mme la présidente. L'amendement n° 360 rectifié, présenté par Mmes Borchio Fontimp et Demas, MM. H. Leroy et Tabarot, Mme V. Boyer, M. Genet, Mmes Aeschlimann et Belhiti, MM. Bouchet, Brisson, Cadec, Chaize et Chatillon, Mmes Di Folco et Drexler, M. Frassa, Mme Josende, MM. Khalifé, Klinger, D. Laurent et Meignen, Mmes Micouleau et Muller-Bronn, MM. Paumier et Rapin, Mme Richer et MM. Sautarel, Sido et Somon, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie ne sont pas concernées par le présent II. » ;

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Cet amendement va dans le même sens que le précédent et vise à exclure les personnes atteintes d'affection de longue durée ou de maladies chroniques des dispositions de l'article 27.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Les amendements identiques n° 817 rectifié et 985 rectifié visent à supprimer les dispositions mettant en œuvre la procédure rénovée de suspension des indemnités journalières, s'appliquant aux arrêts de travail médicalement injustifiés.

L'amendement n° 818 rectifié tend à maintenir la procédure en vigueur, tout en conservant l'extension de 48 à 72 heures du délai dont disposent les médecins contrôleurs pour transmettre leur rapport au contrôle médical.

J'ai souligné l'intérêt du dispositif proposé à l'article 27 qui vise à éviter les versements indus d'indemnités journalières en raison des délais d'examen des rapports adressés par les médecins contrôleurs. J'ai également exposé les garanties qui l'encadrent, notamment l'existence d'une contre-visite médicale ou la possibilité de déposer un recours de la décision devant le service du contrôle médical.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable sur les amendements identiques n° 817 rectifié et 985 rectifié et sur l'amendement n° 818 rectifié.

Toutefois, la procédure prévue pourrait se révéler trop brusque pour des personnes à l'état de santé particulièrement fragile et complexe à apprécier.

Les amendements n° 45 rectifié, 821 rectifié, 1255 et 360 rectifié visent à exclure des dispositions tendant à suspendre sans délai le versement des indemnités journalières les personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque, ainsi que celles en perte d'autonomie.

Les amendements identiques n° 358 rectifié et 409 rectifié *bis* visent également à exclure de ces mêmes dispositions les personnes souffrant d'un cancer.

Toutefois, ces amendements visent à mettre en place une dérogation qui concernerait tous les arrêts de travail des personnes concernées, indépendamment des raisons motivant leur prescription qui peuvent être tout à fait étrangères à l'ALD ou à la maladie chronique.

En outre, ces amendements visent à préciser que les personnes mentionnées seraient exclues de l'application des dispositions de l'article 27, sans pour autant mentionner quelle procédure leur serait alors appliquée.

Pour ces raisons, la commission demande le retrait de ces amendements au profit de l'amendement n° 1364 de la commission ; à défaut, l'avis sera défavorable.

L'amendement n° 1384 du Gouvernement, en revanche, tend à répondre à ces écueils. Il vise à prévoir le réexamen automatique de la situation des patients, dont l'arrêt de

travail est en lien avec une ALD, par le service du contrôle médical de l'assurance maladie, examen qui interromprait la suspension des indemnités journalières.

J'émet un avis favorable sur cet amendement ; avis émis à titre personnel, car la commission n'a pas pu l'examiner.

L'amendement n° 1364 rectifié de la commission, s'il est adopté, complétera utilement le dispositif du Gouvernement, en renvoyant à un décret le soin de fixer la liste des pathologies qui, lorsqu'elles sont la cause de l'arrêt de travail, requièrent une demande expresse du contrôle médical avant de suspendre le versement des indemnités.

Les pathologies seraient déterminées au regard de leur particulière complexité ou gravité ou de la situation de handicap de la personne, ce qui permettra éventuellement de prévoir une dérogation pour les cas où l'ALD n'a pas été reconnue.

Enfin, l'amendement n° 693 rectifié a trait à un sujet différent et vise à prévoir la définition, par un décret, du délai dans lequel le nouvel examen par le service du contrôle médical pourra être effectué, ainsi que les conditions d'information de l'employeur et de l'assuré.

Si l'intention est certainement d'obliger le service du contrôle médical à réexaminer rapidement la situation du patient, circonscrire à un délai défini la possibilité pour ce service de s'autosaisir pourrait avoir un effet contre-productif, en empêchant les médecins-conseils d'étudier un cas en raison de l'expiration de ce délai, ce qui serait injuste pour l'assuré concerné.

Afin d'éviter ce type de situation et protéger les assurés, l'avis de la commission est défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je veux rappeler que la procédure est encadrée : un délai de dix jours est laissé à l'assuré pour former un recours – M. le président de la commission l'a rappelé – et le médecin-conseil dispose ensuite de quatre jours.

L'amendement du Gouvernement prend en compte la situation des patients en ALD et il me semble qu'il est utilement complété par l'amendement n° 1364 rectifié de la commission qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les choses.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 1364 rectifié et défavorable sur les autres amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 817 rectifié et 985 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1364 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n° 45 rectifié et 360 rectifié et les amendements identiques n° 821 rectifié et 1255 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 818 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1384.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Monsieur Khalifé, l'amendement n° 358 rectifié est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Non, je le retire, madame la présidente.

M. Alain Milon. Je retire également l'amendement n° 409 rectifié *bis*.

Mme la présidente. Les amendements identiques n° 358 rectifié et 409 rectifié *bis* sont retirés.

Madame Gruny, l'amendement n° 693 rectifié est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 693 rectifié est retiré.

L'amendement n° 694 rectifié *bis*, présenté par Mme Gruny, MM. Milon et Paccaud, Mmes Belrhiti, Petrus, Micouleau et Jacques, MM. Panunzi, Sol, Genet et Belin, Mmes Aeschlimann et Canayer, M. Piednoir, Mme Joseph, MM. Brisson, Cuypers, Klinger, Cadec et Chatillon, Mmes Dumont et Demas, MM. Lefèvre et Darnaud, Mme Ventalon, M. Sido, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat, Saury et Bouchet, Mme Primas, M. Burgoa, Mme Estrosi Sassone, MM. E. Blanc, J.B. Blanc, Sautarel, Gremillet et Reichardt, Mmes Lassarade, Malet, Gosselin, Josende et Puissat, M. Somon et Mme Borchio Fontimp, est ainsi libellé :

Alinéa 23

Après le mot :

justifiée

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

, il en informe directement l'intéressé et lui indique ses possibilités de recours.

La parole est à Mme Pascale Gruny.

Mme Pascale Gruny. À l'alinéa 23 de l'article 27, il est indiqué que, lorsque le service de contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, l'intéressé en est directement informé.

Le présent amendement vise à ajouter que l'intéressé doit connaître ses possibilités de recours.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. La communication des voies et des délais de recours est un principe général du droit. Par construction, toutes les décisions faisant grief doivent en faire mention. À mon sens, l'amendement est donc satisfait.

Pour cette raison, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement, mais je survivrai à son adoption... *(Sourires.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 694 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 27, modifié.

(L'article 27 est adopté.)

Article 27 bis (nouveau)

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Le *b* de l'article L. 732-4 est complété par les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique » ;
- ③ 2° À la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 781-21, après le mot : « aménorrhée », sont insérés les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».
- ④ II. – À l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, après le mot : « aménorrhée », sont insérés les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».
- ⑤ III. – Le 7° du II de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est complété par les mots : « ou à une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical prévue aux articles L. 2213-1 à L. 2213-5 du code de la santé publique ».
- ⑥ IV. – Les I à III du présent article sont applicables aux arrêts de travail prescrits à compter d'une date prévue par décret, et au plus tard du 1^{er} juillet 2024.

Mme la présidente. L'amendement n° 277, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

et après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « du présent code ».

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Il s'agit d'un amendement de précision juridique.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 277.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 27 bis, modifié.

(*L'article 27 bis est adopté.*)

Article 28

- ① I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Lors d'un acte de télé-médecine, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Il n'est fait exception à cette règle que lorsque l'arrêt de travail est prescrit ou renouvelé par le médecin traitant ou en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de

consulter un médecin pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail. »

- ③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- ④ 1° L'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant des articles 19 et 22 de la présente loi, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑤ « Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation réalisé en application de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ainsi que les prescriptions réalisées lors des télésoins mentionnés à l'article L. 6316-2 du même code ne sont couverts qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéo-transmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient. » ;

- ⑥ 2° L'article L. 162-4-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑦ « La prolongation ne peut être réalisée par un acte de télé-médecine que dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. » ;

- ⑧ 3° À l'article L. 321-1, après la référence : « L. 162-4-1 », sont insérés les mots : « du présent code et au troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique » ;

- ⑨ 4° L'article L. 433-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑩ « Les arrêts de travail prescrits en méconnaissance du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours. »

Mme la présidente. L'amendement n° 922, présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Monsieur le ministre, vous le savez, à nos yeux, la téléconsultation n'est pas la panacée. Selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales, les Français y recourent comme un pis-aller, si je puis dire, et préfèrent une consultation physique.

Il est précisé, à l'article 28, que, si l'état de santé d'un patient qui s'est vu prescrire un arrêt de travail par téléconsultation s'aggrave, ce patient devra consulter physiquement un médecin. Or 11 % de la population n'a pas de médecin traitant et n'a d'autre choix que de recourir à la téléconsultation.

En outre, pour les personnes disposant encore de médecins à proximité, le délai d'obtention d'un rendez-vous peut être largement supérieur à trois jours, ce qui risque fortement d'empêcher la prolongation de l'arrêt de travail en dépit de l'aggravation éventuelle de l'état de santé du patient.

Nous sommes donc résolument opposés à l'impossibilité de prolonger les arrêts de travail par téléconsultation. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Cet amendement vise à supprimer l'article 28, qui limite la durée des arrêts de travail accordés en téléconsultation.

Nous considérons que le présent texte apporte, à cet égard, une solution équilibrée: il prémunit la sécurité sociale de certaines dérives dépensières et bien documentées et il favorise la prise en charge physique des arrêts de travail longs.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, *ministre*. Madame la sénatrice, vous dites que la téléconsultation est souvent un pis-aller pour les patients – je l'entends. Mais, dans de grandes métropoles comme Paris, qui ne sont certainement pas des déserts médicaux, elle peut aussi leur offrir une facilité.

En outre, nous apportons un certain nombre de garanties. Le médecin traitant peut prescrire plus de trois jours d'arrêt de travail en téléconsultation. S'il ne parvient pas à trouver de médecin, le patient peut également se voir prescrire, par ce biais, un arrêt de travail supérieur à cette durée.

Dans ces conditions, l'article 28 me paraît équilibré. J'ajoute qu'il a également pour but d'émettre un signal de régulation du secteur de la téléconsultation.

Le Gouvernement émet donc lui aussi un avis défavorable sur votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 922.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de dix-huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 843 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 822 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 2, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Les plateformes de téléconsultation qui réalisent plus de 30 % de leur activité en télé-médecine ne peuvent prescrire ou renouveler un arrêt de travail portant sur plus de trois jours ni porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Après avoir largement encouragé la télé-médecine, en la vantant comme une solution face à la désertification médicale, le Gouvernement cherche désormais à en limiter l'usage, en pénalisant les patients qui y ont recours.

On peut admettre qu'il faille réguler les prescriptions accordées en téléconsultation, mais cette réglementation ne saurait peser sur le patient. Elle doit s'attaquer aux dérives réelles de certaines plateformes qui réalisent une part significative, voire très importante, de leurs actes *via* la téléconsultation au détriment des consultations physiques.

Ces plateformes sont connues. Comme le souligne un rapport du Conseil national de l'ordre des médecins, ce sont elles qui « s'interposent entre les patients et leurs médecins de proximité ». Elles délivrent facilement des

arrêts ou des médicaments: elles optent à l'évidence pour la surmédicalisation, que ce soit pour gagner du temps ou tout simplement pour se couvrir en l'absence d'examen clinique.

Plutôt que de s'attaquer aux dérives de ces plateformes, qui suivent un modèle économique de nature financière, le présent texte pénalise tous les patients qui ont recours à la téléconsultation, quels que soient le motif ou la motivation.

Il faut inverser cette logique pour s'en prendre aux véritables responsables du problème. Je le répète, il s'agit des plateformes à l'activité centrée sur la téléconsultation, et non des patients qui tentent de se soigner, dans des circonstances plus ou moins difficiles.

Dans cette perspective, nous proposons de limiter l'interdiction de prolongement d'arrêts maladie de plus de trois jours aux seules plateformes qui réalisent plus de 30 % de leur activité en télé-médecine. Les médecins traitants ne seront en aucun cas concernés par de telles dispositions: la télé-médecine ne représente même pas 10 % de leur activité.

Mes chers collègues, une telle mesure permettrait de lutter de manière très concrète contre la financiarisation de la santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 278, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Après le mot :

traitant

insérer les mots :

ou la sage-femme référente mentionnée à l'article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Cet amendement tend à ouvrir aux sages-femmes référentes le droit de prescrire un arrêt de travail sans limitation de durée.

Mme la présidente. L'amendement n° 279, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer la seconde occurrence du mot :

médecin

par les mots :

professionnel médical compétent

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

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. Cet amendement rédactionnel vise à prendre en compte le fait que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes disposent également d'une compétence de prescription d'arrêt de travail.

Mme la présidente. Les neuf amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 46 rectifié *bis* est présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, MM. Henno et Vanlerenberghe, Mme Jacquemet, MM. Kern, Canévet, J. M. Arnaud et Longeot, Mmes Billon et Gatel,

M. Duffourg, Mme Romagny, MM. Houpert, Panunzi et Guerriau, Mme Lermytte, MM. Gremillet et Bleunven et Mme Malet.

L'amendement n° 85 rectifié *ter* est présenté par Mmes Pantel et N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme Girardin et MM. Grosvalet, Guérini, Guiol, Laouedj et Roux.

L'amendement n° 359 rectifié *quater* est présenté par M. Pellevat, Mme V. Boyer, M. Khalifé, Mme Noël, MM. H. Leroy, Bouchet, de Nicolay, Frassa, Bruyen, D. Laurent, Brisson, Paumier, Somon, Sautarel, Genet et Anglars, Mmes Dumont et Josende, M. Bonhomme, Mmes Petrus, Canayer, Nédélec et Belhiti et MM. Sido et Rapin.

L'amendement n° 361 rectifié *ter* est présenté par Mmes Borchio Fontimp et Demas, MM. Tabarot, Chaize et Chatillon, Mmes Di Folco et Drexler, MM. Klinger et Meignen, Mmes Micouleau et Muller-Bronn, M. Pointereau et Mme Richer.

L'amendement n° 410 rectifié *quater* est présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mmes Berthet et M. Mercier, M. Allizard, Mme Gosselin, MM. Lefèvre et Mandelli et Mme Bonfanti-Dossat.

L'amendement n° 823 rectifié *bis* est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 984 rectifié *ter* est présenté par MM. Levi et Laugier, Mme O. Richard, MM. P. Martin et Menonville, Mme Morin-Desailly, MM. Cuyper et Maurey, Mmes Saint-Pé et Antoine et M. Verzelen.

L'amendement n° 1165 rectifié *ter* est présenté par Mme Aeschlimann et M. Paccaud.

L'amendement n° 1259 rectifié est présenté par Mmes Le Houerou et Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mme Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Michau et Ouizille, Mmes Lubin, Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces neuf amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

ou pour les affections et catégories d'assurés sociaux dont la liste est fixée par décret

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 46 rectifié *bis*.

Mme Jocelyne Guidez. À l'heure où, selon un rapport sénatorial, plus d'un Français sur dix est sans médecin traitant, cet article limite le nombre de jours d'arrêt de travail pouvant être prescrits en visioconférence lorsque la téléconsultation n'est pas assurée par le médecin traitant.

En France, au début de l'année 2023, le ministère de la santé et de la prévention estimait que plus de 700 000 patients en ALD étaient sans médecin traitant.

Pour ces personnes, notamment celles vivant dans des zones sous-dotées, le recours à la téléconsultation est parfois le seul moyen de s'entretenir avec un professionnel de santé. Limiter à trois le nombre de jours d'arrêt de travail pouvant être prescrits par ce biais reviendrait *de facto* à les priver de cette possibilité. Pour des populations entières, une telle disposition entraînerait donc une perte de chance extrêmement grave.

Le nombre de médecins généralistes diminue d'année en année ; de plus en plus de Français éprouvent des difficultés d'accès aux soins. Dans un tel contexte, cette mesure semble aller à contre-courant d'une politique ambitieuse favorisant l'accès aux soins partout et pour tous.

Pour ces raisons, un certain nombre de patients doivent être exclus, par décret, du champ d'application de cet article. Nous pensons notamment aux personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, présentant des facteurs de risque ou en perte d'autonomie.

Mme la présidente. L'amendement n° 85 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 359 rectifié *quater*.

M. Khalifé Khalifé. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Pierre Richer, pour présenter l'amendement n° 361 rectifié *ter*.

Mme Marie-Pierre Richer. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 410 rectifié *quater*.

M. Alain Milon. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 823 rectifié *bis*.

Mme Raymonde Poncet Monge. Selon la Drees, 65 % des médecins refusent de nouveaux patients et 44 % d'entre eux ne peuvent plus assurer le suivi régulier de certains malades. Par cet amendement, nous proposons nous aussi de soustraire du champ de l'article 28 les personnes atteintes de certaines affections.

Quant aux patients atteints d'un handicap, ils souffrent de pathologies plus nombreuses que la moyenne. Ils consultent plus tardivement, présentent des situations d'urgence plus fréquentes et des problèmes plus complexes. Or, en parallèle, ils sont plus difficilement touchés par les campagnes de prévention. Comme le montre le baromètre de l'accès aux soins Handifaction, 15 % des personnes en situation de handicap ont éprouvé en 2021 des difficultés pour accéder à un soignant.

Enfin, s'il est bel et bien nécessaire de réglementer les téléconsultations, il semble déraisonnable de sanctionner, au travers de cet article, les personnes habitant dans un désert médical et n'ayant souvent d'autre choix que de recourir à la téléconsultation.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre-Antoine Levi, pour présenter l'amendement n° 984 rectifié *ter*.

M. Pierre-Antoine Levi. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour présenter l'amendement n° 1165 rectifié *ter*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. L'article 28 limite à trois jours les arrêts de travail prescrits par téléconsultation et interdit le renouvellement d'un arrêt de travail prescrit dans les mêmes conditions. Or ces mesures ne sont pas adaptées aux réalités que vivent nos concitoyens ultramarins.

Mes chers collègues, vous le savez : dans ces territoires, la télémédecine fait souvent office de dernier rempart face au non-recours aux soins. Les ARS d'outre-mer l'ont bien compris. Elles déploient désormais des programmes régionaux de télémédecine.

Pour éviter un inventaire à la Prévert, nous proposons par cet amendement de renvoyer à un décret afin de cibler efficacement les catégories d'assurés sociaux pouvant être exclues du champ d'application de cet article.

Si ces dispositions sont adoptées, nous serons particulièrement attentifs à leur bonne application dans les territoires ultramarins.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1259 rectifié.

Mme Émilienne Poumirol. Dans la même logique que l'article 27, le présent article vise à réduire les dépenses d'indemnités journalières versées à la suite d'un arrêt maladie, en limitant à trois le nombre de jours d'arrêt de travail pouvant être prescrits en téléconsultation.

Mes chers collègues, vous le savez : les membres de notre groupe sont particulièrement vigilants face aux dérives de la télémédecine.

Les risques de marchandisation auxquels nous exposent les plateformes nous préoccupent tout particulièrement. Nous avons déjà évoqué l'explosion du nombre de télécabines de consultation, y compris dans les galeries marchandes des centres commerciaux...

Cet article soulève la question de l'accès aux soins dans notre pays. Or, à l'heure où de plus en plus de Français éprouvent des difficultés en la matière, le recours à la téléconsultation se révèle parfois la seule solution pour s'entretenir avec un professionnel de santé ; sinon, il faut aller aux urgences, dont chacun connaît l'état d'encombrement.

Monsieur le ministre, les personnes qui n'ont pas pu voir de médecin bénéficieront certes d'une dérogation, mais comment prouveront-elles qu'elles n'ont pas pu consulter ? Qu'attendez-vous comme preuve ?

En résumé, cet article met à mal l'accès aux soins et l'obtention des indemnités journalières. Il tend à fragiliser un peu plus encore les personnes qui sont déjà les plus éloignées du système de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 824 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le présent alinéa n'est pas applicable aux patients atteints d'un handicap.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Par cet amendement de repli, nous restreignons la dérogation proposée précédemment aux personnes en situation de handicap.

Mme la présidente. L'amendement n° 825 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le présent alinéa n'est pas applicable aux patients résidant au sein de zones mentionnées à l'article L. 1434-4 et caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Il s'agit également d'un amendement de repli, qui vise à limiter la dérogation aux personnes vivant dans des déserts médicaux.

Je précise que, selon la Drees, le fait de vivre dans ces territoires multiplie par deux le taux de renoncement aux soins.

Dans notre pays, 6,7 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant et les généralistes restants ne peuvent bien souvent plus accepter de nouveaux patients.

Ces millions de personnes ne sauraient être pénalisées du fait des manquements des institutions et de l'État, dont le devoir est de répondre à la problématique des déserts médicaux avant de restreindre les droits des patients qui y vivent.

Aussi, nous proposons d'exempter les habitants des zones sous-denses des dispositions de l'article 28.

Mme la présidente. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 77 rectifié est présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern, Canévet, J.M. Arnaud et Longeot, Mmes Billon, Gatel, Romagny et de La Provôté, MM. Duffourg, Houpert, Panunzi, Bleunven et Guerriau, Mmes Lermytte et Saint-Pé et MM. Folliot et Gremillet.

L'amendement n° 844 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guérini, Guiol et Laouedj et Mme Pantel.

L'amendement n° 1281 est présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalás, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Si l'état de santé le justifie, le médecin qui prescrit un arrêt de travail au cours d'une téléconsultation, oriente le patient vers une structure de soins non programmés ou à défaut un service de régulation téléphonique afin qu'il

puisse rapidement avoir accès à une consultation physique et à une éventuelle prolongation de l'arrêt. Dans le cas où le patient a déclaré un médecin traitant, le médecin vu en téléconsultation peut également prendre contact avec celui-ci, sous réserve de l'accord du patient, pour l'alerter de la nécessité d'une consultation rapide pour permettre la prolongation de l'arrêt.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 77 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Mes chers collègues, un patient sur deux échoue à obtenir un rendez-vous chez un généraliste. Dans plus de la moitié des refus, le praticien fait valoir qu'il est dans l'impossibilité d'accepter de nouveaux patients.

Dès lors, il est crucial de sécuriser un rendez-vous médical au terme d'un délai de trois jours, afin que les personnes dont l'état de santé l'exige voient leur arrêt de travail prolongé.

Mme la présidente. L'amendement n° 844 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1281.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise à inciter les médecins à orienter systématiquement les patients qu'ils reçoivent en téléconsultation vers une solution pour bénéficier d'une consultation en présentiel, ce dans de brefs délais lorsque l'état du malade l'exige.

Je ne reviendrai pas sur les difficultés d'accès aux soins que subissent nos concitoyens. En revanche, j'y insiste : il est indispensable de sécuriser un rendez-vous en présentiel dans un délai de trois jours, afin que le patient dont l'état de santé le nécessite puisse voir son arrêt de travail prolongé.

La télémédecine a indéniablement contribué à faciliter l'accès aux soins et à enrichir l'offre de soins. Il convient néanmoins de l'encadrer strictement pour garantir la qualité et la continuité des soins. On constate à cet égard une dérive marchande, une ubérisation de notre système de santé *via* des plateformes commerciales de téléconsultation.

Les actes de télémédecine donnent ainsi lieu à de fréquentes facturations abusives par des professionnels de santé ou par des sociétés de téléconsultation à but lucratif. Les frais supplémentaires se cachent partout, qu'il s'agisse d'accéder à une borne ou à une cabine de téléconsultation, de déplacer ou d'annuler un rendez-vous.

Il convient de protéger les patients et de préserver leur accès aux soins tout en limitant leur reste à charge en cas de téléconsultation. Nous avons déposé un amendement en ce sens, mais il n'a malheureusement pas franchi le cap de la recevabilité.

De plus – je l'évoquais tout à l'heure –, il convient de réguler l'implantation des cabines de téléconsultation dans des structures commerciales lucratives. Depuis quelques années, ces équipements se multiplient dans les gares et dans les centres commerciaux. Ils ne permettent évidemment pas des consultations dignes de ce nom, ne serait-ce que parce qu'ils ne répondent pas aux impératifs d'hygiène et de confidentialité applicables à tout acte médical.

La téléconsultation apparaît alors comme un bien de consommation courante et non plus comme un acte médical. Il est indispensable de préserver les soins primaires face à cette marchandisation de la santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il a semblé à la commission que la limitation à trois jours des arrêts de travail téléprescrits permettrait de prémunir la sécurité sociale de certaines dérives dépensières observées et documentées. En parallèle, un certain nombre d'exceptions à cette règle ont été prévues. La solution retenue paraît donc équilibrée.

Voilà pourquoi la commission est défavorable à l'amendement n° 822 rectifié, qui tend à priver ces dispositions d'une partie de leur ambition, en limitant leur application aux sociétés de consultation réalisant plus de 30 % de leur activité en télémédecine.

Mes chers collègues, cet article semble toutefois perfectible. Outre les deux amendements présentés par la commission, nous vous invitons à adopter les amendements identiques n°s 46 rectifié *bis*, 359 rectifié *quater*, 361 rectifié *ter*, 410 rectifié *quater*, 823 rectifié *bis*, 984 rectifié *ter*, 1165 rectifié *ter* et 1259 rectifié.

Comme nombre d'entre vous, la commission estime qu'il serait inéquitable d'appliquer la limitation à trois jours des arrêts de travail téléprescrits à certaines catégories d'assurés, comme les personnes souffrant d'un cancer. Néanmoins, elle considère qu'il revient à un décret, plutôt qu'à la loi, de fixer la liste des situations et catégories d'assurés qui ne seront pas soumis à cette disposition.

Cette formule nous évitera d'inscrire dans la loi des inventaires à la Prévert ; nous aurons également la garantie qu'aucune catégorie ne sera oubliée dans la précipitation de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

En conséquence, la commission est défavorable aux amendements n°s 824 rectifié et 825 rectifié, qui visent respectivement à dispenser de cette limitation les personnes en situation de handicap et les assurés résidant en zone sous-dense.

J'y insiste, nous approuvons l'idée qui sous-tend ces restrictions. Nous considérons simplement que la définition de ces modalités précises relève plutôt du pouvoir réglementaire.

Quant aux dispositions des amendements identiques n°s 77 rectifié et 1281, elles semblent relever davantage de la déontologie médicale que de la loi. Je ne crois pas que les médecins aient besoin d'un texte législatif pour orienter un patient dont l'état de santé le justifie vers une structure de soins non programmés ou un service de régulation téléphonique. De telles décisions relèvent de leur pratique professionnelle. La commission est donc défavorable à ces deux amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Madame Poncet Monge, j'avoue ne pas comprendre la rédaction de l'amendement n° 822 rectifié. Par définition, les plateformes de téléconsultation pratiquent la télémédecine, mais peut-être une subtilité m'a-t-elle échappé ; c'est tout à fait possible, *a fortiori* à cette heure avancée.

Vous souhaitez à l'évidence éviter que ces plateformes ne distribuent des arrêts de travail à volonté : c'est l'esprit même de cet article. J'émetts un avis défavorable.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je suis favorable aux amendements n°s 278 et 279, présentés par la commission.

En revanche, contrairement à M. le président de la commission, je considère les amendements identiques n°s 46 rectifié *bis* et suivants comme satisfaits.

L'article 28 précise déjà que, si le patient n'a pas pu avoir accès à un médecin, il pourra se voir prescrire un arrêt de plus de trois jours en téléconsultation. Il s'agira d'une procédure déclarative, car par principe nous faisons confiance au patient. Nous avons procédé ainsi pendant l'épidémie de covid-19 : lors de cette crise, l'assurance maladie a prouvé qu'elle pouvait mettre en œuvre un système de télédéclaration assorti de services téléphoniques.

En tentant de dresser une liste exhaustive, nous risquons paradoxalement d'oublier un certain nombre de cas de figure. *In fine*, la rédaction proposée par le Gouvernement protège mieux les situations particulières. J'ajoute qu'elle couvre explicitement le cas des personnes vivant dans un désert médical.

M. Mouiller l'a relevé à juste titre : le médecin qui verra un patient en téléconsultation s'efforcera de le renvoyer vers le parcours de soins. Cela ne fait strictement aucun doute.

Madame Poumirol, je comprends votre préoccupation. Mais, dans certains cas, le praticien estimera aussi que la téléconsultation n'est pas possible, tout simplement parce qu'un examen clinique en face-à-face est nécessaire. Je pense, par exemple, aux affections de longue durée. C'est une question de déontologie médicale.

Pour les raisons indiquées précédemment, je suis défavorable aux amendements n° 824 rectifié et 825 rectifié. Le patient pourra faire valoir le fait qu'il n'a pu avoir accès à un médecin pour tel ou tel motif.

Enfin, pour les raisons déontologiques mentionnées, je suis défavorable aux amendements n° 77 rectifié et 1281. J'espère avoir été, sinon clair, du moins visible dans le brouillard! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Claire Carrère-Gée, pour explication de vote.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. Monsieur le ministre, cet article fait référence à une impossibilité « dûment justifiée ». Mais, en la matière, quelles sont les formes prescrites ?

Mme Émilienne Poumirol. Très bonne question : comment apporter la preuve ?

M. Bernard Jomier. Exactement !

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Madame Carrère-Gée, on appliquera les règles classiques de l'assurance maladie. Le patient devra fournir tout élément à sa disposition, par exemple une capture d'écran prouvant l'absence de créneau disponible pour un rendez-vous médical. Il pourra également produire une attestation sur l'honneur.

Je vous l'accorde volontiers, les termes « dûment justifiée » peuvent laisser imaginer une procédure extrêmement stricte. Mais, le principe, c'est que l'on fait *a priori* confiance à l'assuré. Ce dernier doit simplement prendre le soin de préciser pourquoi il n'est pas parvenu à obtenir un rendez-vous. Toutes les formes retenues seront recevables. Je le répète, pendant la crise du covid-19, nous avons connu des centaines de milliers, voire des millions de situations de cette nature et l'assurance maladie est parvenue à gérer ces dossiers.

Soyons parfaitement clairs : nous ne pensons pas supprimer du jour au lendemain tous les abus auxquels donnent lieu les téléconsultations et les téléprescriptions. Nous ajoutons simplement une nouvelle étape – et cette règle relative aux trois jours d'arrêt de maladie n'est pas tout à fait anodine –, en demandant à l'assuré de démontrer qu'il n'a pas pu voir un médecin en présentiel.

L'assurance maladie se chargera de préciser ces dispositions par écrit. Si nous entreprenons de dresser une liste exhaustive des différents cas de figure, nous ne nous en sortirons pas.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 822 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 278.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 279.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Monsieur le ministre, je vais évidemment voter les huit amendements identiques, qui plus est après avoir entendu l'avis favorable exprimé au nom de la commission.

Je tiens simplement à saluer le talent et l'efficacité de l'auteur de ces dispositions, qui a réussi à convaincre tant de groupes politiques de cette assemblée! (*Sourires.*)

M. Bernard Jomier. La Ligue contre le cancer !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 46 rectifié *bis*, 359 rectifié *quater*, 361 rectifié *ter*, 410 rectifié *quater*, 823 rectifié *bis*, 984 rectifié *ter*, 1165 rectifié *ter* et 1259 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme Raymonde Poncet Monge. Je retire les amendements n° 824 rectifié et 825 rectifié, madame la présidente !

Mme la présidente. Les amendements n° 824 rectifié et 825 rectifié sont retirés.

Mme Jocelyne Guidez. Je retire l'amendement n° 77 rectifié, madame la présidente !

Mme la présidente. L'amendement n° 77 rectifié est retiré.

Madame Poumirol, l'amendement n° 1281 est-il maintenu ?

Mme Émilienne Poumirol. Oui, je le maintiens.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1281.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1347 rectifié, présenté par M. Chaize, Mme Berthet, MM. Pointereau, Daubresse et Mandelli, Mme Jacques, MM. Bouchet et Pellevat, Mmes Demas et Malet, MM. Bruyen, Panunzi, Lefèvre et Tabarot, Mme Dumont, MM. Somon et Cadec, Mmes Estrosi Sassone et Lopez, MM. Gremillet, Sido et Brisson, Mme Lassarade, MM. Genet et H. Leroy et Mmes Gosselin et Joseph, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Micheline Jacques.

Mme Micheline Jacques. Cet amendement vise à maintenir le remboursement de la prescription réalisée lors des télésoins ayant fait l'objet d'une communication préalable entre le médecin et son patient *via* une messagerie de santé sécurisée ou une plateforme de téléconsultation répondant aux conditions de confidentialité et de sécurité voulues.

Les articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, qui concernent respectivement les médecins et les pharmaciens, subordonnent déjà le remboursement par l'assurance maladie au fait que les actes de téléconsultation soient effectués uniquement « par vidéo-transmission », sans que cette modalité soit définie dans ledit code ou dans le code de la santé publique.

De plus, certains actes ou prescriptions de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ne nécessitent pas d'échange physique entre le médecin et son patient. C'est le cas de la saisine d'un praticien tiers ou de certains actes de suivi.

Par ailleurs, aucune mention de communication téléphonique n'est associée aux modalités de mise en œuvre des télésoins ou de la téléconsultation dans le corpus légal et réglementaire, ce qui se conçoit notamment pour des raisons probatoires. Une telle exigence n'est donc pas justifiée.

Veillons à éviter toute confusion quant à la mise en œuvre de la téléconsultation. Le médecin et son patient doivent pouvoir continuer de communiquer selon les modalités qui leur semblent les plus adaptées, que ce soit par une messagerie de santé sécurisée ou *via* une plateforme de téléconsultation répondant aux impératifs de confidentialité et de sécurité.

Enfin, je formule cette remarque subsidiaire : tant que l'accès à un internet haut débit de qualité, fiable et compatible avec une vidéo-transmission ne sera pas assuré partout, notamment dans les territoires touchés par la désertification médicale, une définition trop stricte de la téléconsultation risque de creuser les inégalités d'accès aux soins entre les citoyens. De nouvelles exigences seraient autant de barrières supplémentaires entravant l'accès à une médecine de qualité.

Mme la présidente. L'amendement n° 280, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Remplacer les mots :

et 22

par les mots :

, 22 et 38

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 281, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Remplacer le mot :

couverts

par les mots :

pris en charge

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1347 rectifié ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. À nos yeux, une simple messagerie électronique n'est pas suffisamment sécurisée. Les risques de dérives seraient trop élevés si l'on optait pour cette formule : la commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Le Gouvernement est lui aussi défavorable à l'amendement n° 1347 rectifié. Je précise que l'article 28 s'inspire directement des dispositions déjà prévues pour renforcer la qualité et la sécurité du dialogue mené dans le cadre des téléconsultations et des télésoins.

En revanche, le Gouvernement est évidemment favorable aux amendements n° 280 et 281.

Mme Micheline Jacques. Je retire l'amendement n° 1347 rectifié, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1347 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 280.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 281.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 282, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2024.

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

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Nous avons déposé cet amendement pour soutenir le Gouvernement, car, tel qu'il est rédigé, l'article donne à penser que tous les dispositifs qu'il prévoit seront opérationnels au lendemain de la promulgation de la loi. *(Sourires.)*

Monsieur le ministre, je sais que vos services sont performants, mais j'ai tout de même quelques doutes. *(M. le ministre sourit.)*

Je vous propose donc, tout simplement, de reporter l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 28 au 1^{er} avril 2024.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Si de telles mesures entraient en vigueur un 1^{er} avril – plutôt qu'au lendemain de la promulgation de la loi –, cela ne manquerait pas de susciter, je le crains, un doute dans l'esprit des assurés. *(Sourires.)*

Aussi, j'émet un avis défavorable sur l'amendement n° 282.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 282.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 28, modifié.

(L'article 28 est adopté.)

Après l'article 28

Mme la présidente. L'amendement n° 587 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Guerriau et Chevalier, Mme L. Darcos, M. A. Marc, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin,

MM. Brault et Malhuret, Mme Lermytte, M. Wattebled, Mme O. Richard et MM. Delcros et H. Leroy, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première occurrence du mot : « décembre », la fin du IV de l'article 53 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est ainsi rédigée : « 2024. »

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement, proposé par notre collègue Daniel Chasseing, vise à proroger la date d'entrée en vigueur de l'agrément applicable aux sociétés de téléconsultation, en l'absence de la publication d'une partie des textes réglementaires d'application.

Ce délai supplémentaire offrira la possibilité aux acteurs du secteur de la téléconsultation de s'approprier et de mettre en œuvre efficacement ce nouveau cadre juridique.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Les sociétés de téléconsultation ont déjà eu un an pour se préparer à la modification du cadre légal applicable, même si certains textes réglementaires ont été publiés tardivement.

L'agrément pour les sociétés de téléconsultation a été soutenu par la commission, l'an dernier, en raison de dérives observées dans les pratiques de certaines plateformes. Dans ces conditions, l'entrée en vigueur d'un cadre moins permissif est une nécessité afin de poursuivre le développement raisonné de la téléconsultation, de sorte qu'elle serve l'accès aux soins pour les assurés sans ouvrir la porte à des pratiques répréhensibles.

En cohérence avec la décision que nous avons prise l'année dernière, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'émet également un avis défavorable, madame Darcos.

Bien sûr, certains textes ont été publiés tardivement. Toutefois, mes services et ceux de l'assurance maladie sont en lien avec ces sociétés de téléconsultation ; on les connaît et on les accompagne dans la mise en place de ce nouveau cadre légal.

Aussi, je pense qu'il vaut mieux maintenir une telle pression s'agissant de la régulation et de l'encadrement de ces pratiques, ce qui implique de garder un tel calendrier, qui s'applique également aux services du ministère de la santé et de la prévention ainsi qu'à ceux de l'assurance maladie.

Mme la présidente. Madame Darcos, l'amendement n° 587 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laure Darcos. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 587 rectifié est retiré.

L'amendement n° 384 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la troisième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'elles définissent un volume d'activité globale pouvant être réalisé par ce biais, elles prévoient une majoration de ce volume dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ».

La parole est à M. Bernard Fialaire.

M. Bernard Fialaire. Madame la présidente, si vous me le permettez, je présenterai également l'amendement n° 385 rectifié *bis*.

Mme la présidente. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 385 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet et Fialaire, Mme Girardin, MM. Grosvalet et Guérini, Mme Guillotin, MM. Guiol et Laouedj, Mme Pantel et M. Roux, qui est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les conditions de participation aux activités de télémédecine dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

Veillez poursuivre, cher collègue.

M. Bernard Fialaire. Près de 87 % de notre territoire est un désert médical, qu'il s'agisse des grandes agglomérations ou des campagnes. Dans ce contexte, la télémédecine est un outil efficace pour permettre aux patients d'accéder immédiatement et partout à une médecine de qualité.

Or le déploiement de la télémédecine se heurte à l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, qui limite le volume d'activité à distance – en téléconsultation et en téléexpertise – d'un médecin conventionné à 20 % de son volume d'activité globale au cours d'une année civile.

Il est nécessaire de lever ce verrou pour répondre au problème de la désertification médicale, en particulier dans les territoires ruraux.

Ces amendements visent donc à prévoir un taux majoré pour les professionnels qui exercent dans des zones sous-dotées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. J'émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

Je comprends l'intention de l'auteur de ces amendements. Il est vrai que la télémédecine peut être l'une des façons d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

Toutefois, l'amendement n° 385 rectifié *bis* est satisfait par le droit en vigueur. La précédente convention avait par exemple prévu un accès facilité à la prise en charge d'actes de télémédecine pour les assurés situés dans les zones sous-denses, à qui la condition de territorialité ne s'applique pas.

Par ailleurs, alors que les négociations pour la signature d'une nouvelle convention médicale avec les médecins libéraux ont repris, il semble plus opportun de laisser le soin aux acteurs conventionnels de prévoir, dans ce cadre, la fixation d'un plafond d'activité en télémedecine différencié dans les zones sous-denses, s'ils jugent une telle disposition opportune.

Au cours des précédentes négociations conventionnelles, la question du plafonnement de l'activité en télémedecine était venue naturellement; elle a été inscrite dans le dernier avenant. Des dispositions particulières avaient également été prévues pour l'application du cadre de la télémedecine aux assurés situés dans les zones sous-denses.

Faisons confiance aux professionnels pour fixer les conditions équilibrées de leur téléactivité.

Monsieur le ministre, vous pouvez, j'imagine, témoigner de l'actualité de cette question!

L'avis sur ces amendements est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je suis en tout point les arguments de M. le président de la commission et j'émet donc un avis défavorable sur les amendements n° 384 rectifié *bis* et 385 rectifié *bis*.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Monsieur le ministre, je profite de ce débat pour vous faire part de nouveau de notre inquiétude face à l'explosion du recours à la téléconsultation en général et à la mise en place de plateformes en particulier.

Nous avons déposé un amendement visant à limiter le reste à charge et à encadrer les frais complémentaires facturés par les plateformes, lesquelles peuvent demander aux patients de souscrire des abonnements ou des modifications du tarif de la consultation.

Il s'agit d'un véritable système marchand: au bout d'un certain nombre de consultations, vous bénéficierez d'une réduction de 10 %... Ce n'est plus de la médecine!

Monsieur le ministre, je souhaite que les problèmes soulevés par la téléconsultation retiennent toute votre attention. Bien sûr, elles sont indispensables, puisqu'elles permettent d'apporter une réponse médicale aux patients situés dans nos trop nombreuses, hélas! zones sous-dotées. Toutefois, il faut mener une réflexion toute particulière sur les plateformes, dont l'activité n'a rien à voir avec l'exercice du médecin en cabinet qui consacre une après-midi aux téléconsultations. Il s'agit là d'un système marchand!

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Madame la sénatrice, vous abordez un sujet absolument majeur.

La difficulté, c'est qu'une partie de vos jeunes confrères et une partie de la population apprécient, si je puis dire, ce type de pratiques professionnelles. Nous avons des difficultés à les répertorier.

Ce sujet est très important – et je l'ai déjà évoqué –, même si, selon moi, il n'y a pas actuellement d'explosion des offres illimitées, au contraire.

Toutefois, je vous propose de demander que ce sujet fasse l'objet d'un chapitre dans le prochain rapport *Charges et produits* de l'assurance maladie, de sorte que nous sachions

précisément, à l'aide d'une cartographie, où et comment la téléconsultation est utilisée. (*Mme Émilienne Poumirol acquiesce.*)

Est-ce que le recours à la téléconsultation concerne davantage les zones sous-denses que les zones surdotées? Mon intuition est que le recours à la téléconsultation en soins non programmés s'installe dans les pratiques des CSP+ urbaines (*Mme Émilienne Poumirol le confirme.*). Peut-être y a-t-il d'autres points à prendre en compte.

Madame la sénatrice, je vous propose de prendre acte de ma proposition: le rapport *Charges et produits* qui sera publié l'an prochain par les services de l'assurance maladie explorera plus en détail ce sujet, qui me semble en effet très important.

Mme Émilienne Poumirol. Merci!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 384 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 385 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1079 rectifié, présenté par Mmes Vermeillet et N. Goulet, MM. Laugier et Kern, Mme O. Richard, MM. Mizzon et Henno, Mmes Gatel, Saint-Pé, Sollogoub, Perrot et Gacquerre, MM. P. Martin et J.M. Arnaud, Mmes Jacquemet et de La Provôté, MM. Duffourg et Bleunven et Mme Romagny, est ainsi libellé:

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de deux ans et à titre expérimental, le financement de protocoles de télémedecine impliquant les orthophonistes exerçant dans le cadre de l'exercice coordonné des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique par le fonds régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par décret, au plus tard au 1^{er} octobre 2024. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au I du présent article, dans la limite de trois régions.

III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Cet amendement, proposé par Mme Vermeillet, vise à autoriser l'expérimentation de la sollicitation à distance des orthophonistes par d'autres professionnels de santé, dans le cadre de la prise en charge d'un patient en téléexpertise.

Celle-ci permettrait à la fois d'éviter des dépenses de santé liées à la multiplication des prises de rendez-vous et de faciliter l'accès à l'expertise orthophonique. Elle apporterait notamment une réponse aux difficultés d'accès aux soins. La téléexpertise réduirait le nombre de consultations d'orientation du médecin et n'entraînerait pas de surcoût pour la sécurité sociale.

Cet amendement a été travaillé avec la Fédération nationale des orthophonistes.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Madame la présidente, permettez-moi tout d'abord de saluer le retour de notre collègue Corinne Imbert ! (Mme la rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie sourit.)

La commission émet un avis défavorable, car, les règles de fonctionnement du fonds d'intervention régional (FIR) permettent déjà de financer ces protocoles, même si elle comprend l'intérêt de ce type de proposition.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'émetts également un avis défavorable.

Une expérimentation au titre de l'article 51 a déjà été lancée à ce sujet. Aussi votre amendement est-il satisfait.

Toutefois, mes services se rapprocheront de la Fédération nationale des orthophonistes pour savoir s'il y a un malentendu.

Je salue à mon tour l'arrivée de Corinne Imbert : il y a des obligations familiales plus heureuses que d'autres ! (Sourires.)

Mme la présidente. Madame Sollogoub, l'amendement n° 1079 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadia Sollogoub. Je vous remercie, monsieur le ministre, de demander à vos services de reprendre ce dossier : il est curieux que la Fédération souhaite que la téléexpertise soit possible, alors que vous semblez dire qu'une expérimentation en ce sens est déjà en cours.

Si vous nous assurez que vous allez vérifier l'existence d'une telle expérimentation, je veux bien retirer mon amendement. (M. le ministre le confirme.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1079 rectifié est retiré.

Article 29

① I. – A. – À titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter d'une date fixée par le décret mentionné au C du présent I, et au plus tard du 1^{er} novembre 2024, par dérogation à l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation sont autorisés dans les conditions prévues au présent I.

② B. – Le règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE est applicable aux dispositifs médicaux à usage unique retraités mentionnés au A° du présent I. Leur retraitement, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation peuvent faire l'objet des restrictions et interdictions mentionnées au paragraphe 9 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 précité et, à ce titre, notamment, d'obligations renforcées en matière de traçabilité.

③ Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L.6111-1 du code de la santé publique désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à l'expérimentation mentionnée au A du présent I. Ces établissements ne peuvent utiliser des dispositifs médicaux à usage unique retraités que s'ils ont été achetés sur le marché ou retraités, pour leur compte, par une entreprise de retraitement externe. Ils ne sont pas autorisés à retraiter eux-mêmes les dispositifs médicaux à usage unique utilisés par eux.

④ Les personnes qui retraitent un dispositif médical à usage unique mentionnées au paragraphe 2 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 précité peuvent être soumises à des obligations plus contraignantes que celles mentionnées dans le même règlement. En cas de retraitement par une entreprise de retraitement externe, pour le compte d'un établissement de santé, de dispositifs médicaux à usage unique utilisés par cet établissement, certaines obligations incombant aux fabricants mentionnées par ledit règlement peuvent être écartées, sous réserve du respect des conditions mentionnées au paragraphe 4 de l'article 17 du même règlement.

⑤ Aucun dispositif médical à usage unique retraité ne peut être utilisé sans l'information préalable du patient, qui peut s'y opposer.

⑥ C. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent I, notamment :

⑦ 1° Les dispositifs médicaux à usage unique qui peuvent être retraités ;

⑧ 2° Les restrictions et interdictions mentionnées aux premier et troisième alinéas du B ;

⑨ 3° Les modalités particulières applicables en matière d'information et d'opposition des patients à l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique retraités ;

⑩ 4° La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au D.

⑪ D. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin notamment de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

⑫ II. – Après l'article L. 165-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-4-3 ainsi rédigé :

⑬ « Art. L. 165-4-3. – Lorsqu'un produit inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 présente des modèles, des références et des conditionnements qui ne sont pas adaptés à ses conditions de prescription ou à ses modalités d'utilisation ou est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport aux produits, aux actes ou aux prestations comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires au regard notamment de l'avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1, l'exploitant verse des remises.

⑭ « L'avis rendu par la commission mentionnée audit article L. 165-1 sur la demande d'inscription ou de renouvellement ou de modification de cette inscription précise dans quelle mesure les modèles, les références et les conditionnements du produit sont adaptés à ses conditions de prescription ou à ses modalités d'utilisation

prévues. Il comprend le cas échéant, des éléments relatifs à la quantité et à la typologie des déchets de soins supplémentaires produits.

- 15 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux fixé en fonction des éléments figurant dans l'avis mentionné au deuxième alinéa du présent article et, le cas échéant, de l'amélioration du service attendu ou rendu du produit, selon des critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 16 « L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. »

Mme la présidente. L'amendement n° 769 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce rapport intègre également une réflexion sur les moyens supplémentaires pouvant être déployés afin de réduire significativement l'empreinte carbone des établissements de santé tels que l'instauration de critères environnementaux dans tout projet d'achat ou d'investissement, la réduction des déchets et la relocalisation de la production ou le recours aux énergies renouvelables et à l'économie circulaire.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Tout d'abord, permettez-moi, mes chers collègues, de féliciter le Gouvernement de proposer à l'article 29 d'expérimenter le retraitement de certains dispositifs médicaux. C'est un enjeu important, car il convient que nos hôpitaux préservent la santé de la planète.

Par cet amendement d'appel, je souhaite dire de nouveau que la transition écologique du système de santé ne saurait se résumer à la seule gestion des déchets médicaux.

Le secteur de la santé, vous le savez, émet autour de 49 millions de tonnes de CO₂, ce qui représente plus de 8 % de l'empreinte carbone de la France, selon les travaux de *The Shift Project*. Il s'agit donc d'un chantier prioritaire pour atteindre les objectifs de l'accord de Paris, ou du moins pour éviter le pire...

D'ailleurs, à l'heure de la territorialisation de la planification écologique, quelle place est accordée au secteur de la santé dans les « COP territoriales », organisées dans les régions par le secrétaire général à la planification écologique ?

Les maires et les soignants sauront – j'en suis certaine – mettre en œuvre la transition écologique dans leurs territoires, mais il faut leur en donner les moyens ! Un budget d'investissement est donc nécessaire – il procède d'un choix politique –, et tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Mes chers collègues, je vous remercie et me réjouis de vous retrouver.

Cet amendement vise à étendre l'objet du rapport prévu par le présent article à la question plus globale de la réduction de l'empreinte carbone des établissements de santé.

Même si je partage, bien sûr, avec vous la nécessité de faire avancer notre système de santé vers la transition écologique, nombre de rapports ont déjà été publiés à ce sujet. D'ailleurs, le Gouvernement lui-même a publié en mai 2023 la feuille de route *Planification écologique du système de santé*.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, son avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Cet article traduit précisément la volonté du Gouvernement d'engager le système de santé, notamment hospitalier, vers la transition énergétique, comme je l'ai indiqué précédemment.

Je considère que le rapport prévu par l'article 29 permettra déjà d'évaluer cet engagement, qui sera mis en œuvre non pas étape par étape – le mur est devant nous –, mais le plus rapidement possible. Bien sûr, le secteur des déchets est très emblématique, mais, simultanément, nous travaillons sur l'investissement hospitalier.

Aussi, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Depuis près de dix ans, de nombreuses associations et fondations du secteur de la santé demandent au Gouvernement d'autoriser l'organisation de l'activité de retraitement des dispositifs médicaux en France ; l'usage unique, « c'est pas automatique », si je puis dire ! Au travers de l'article 29 du PLFSS le Gouvernement se saisit, enfin, de ce sujet.

Face aux pénuries de dispositifs médicaux et à l'urgence écologique, le retraitement est une nécessité pour continuer de soigner, car les difficultés d'approvisionnement se traduisent concrètement par l'augmentation des délais pour les patients.

Perçu comme plus sûr d'un point de vue sanitaire, l'usage unique a été promu au cours des trente dernières années. Des pans entiers de notre médecine y sont désormais dépendants.

Le modèle économique consistant à produire, à utiliser et à éliminer n'a pas toujours existé ; il arrive aujourd'hui à son terme. Ce modèle a été éprouvé par les crises sanitaires et économiques, en raison des tensions sur le prix des hydrocarbures, de l'épuisement progressif des matières premières, ou encore de la difficile acceptabilité environnementale de l'empreinte carbone du secteur de la santé, qui représente 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre. Je pense également aux effets toxiques des dispositifs médicaux pour l'homme et pour l'écosystème.

Comment tendre vers un usage écoresponsable des dispositifs médicaux ? Cette question dépasse les dispositions de ce simple article. Il est urgent de lancer la bifurcation de notre économie, qui sera longue. Elle devra pour cela s'appuyer sur la stratégie des « 6R », si j'ose dire : repenser l'usage unique ; réduire, voire refuser ; réutiliser ; recycler et rechercher, – il faudra accompagner les organismes développant la recherche collaborative, notamment entre les cliniques et les sciences humaines – et relier le monde économique.

La filière de retraitement existe depuis plus de vingt ans en Allemagne et aux États-Unis, mais depuis plus récemment dans d'autres pays européens.

Le maillage local du retraitement est essentiel ; il contribuerait au développement économique d'une activité de haut niveau technologique dans nos territoires. Il sera important aussi de relocaliser pour diminuer encore plus l'empreinte carbone des dispositifs médicaux.

Mme la présidente. Merci de conclure.

Mme Marion Canalès. J'espère que nous aurons l'occasion d'en débattre plus longuement lors du prochain PLFSS.

Mme Raymonde Poncet Monge. Très bien !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 769 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 283, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 14

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cet avis est formulé sur la base d'un référentiel publié et accessible à tous.

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

... – Les dispositions du II entrent en vigueur douze mois après la publication du référentiel mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 165-4-3 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si la création d'un mécanisme de pénalité financière vise à enclencher une dynamique vertueuse dans la démarche des industriels et à favoriser leur adhésion, celle-ci doit être faite en toute transparence, sur des bases claires et partagées.

Il est donc nécessaire d'associer les industriels en amont du processus de pénalité. Or l'article ne contient aucune précision sur les critères sur lesquels sera fondée l'analyse de la commission spécialisée de la HAS. Il ne renvoie pas non plus à un texte réglementaire qui en fixerait les tarifs.

Il est proposé, au travers de cet amendement, de publier un référentiel opposable, accessible à tous, et de reporter l'entrée en vigueur de la mesure douze mois après la publication dudit référentiel. Ce délai permettra aux industriels d'en tenir compte dans l'écoconception de leurs produits.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. D'un point de vue strictement légistique, l'article 29 n'est pas autoporteur. Même s'il ne renvoie pas de manière explicite à un texte réglementaire, il en faudra un afin de préciser aux industriels les critères à l'aune desquels les contrôles seront effectués et les pénalités éventuelles fixées.

Peut-être aurait-il fallu le préciser, mais cela ne fait aucun doute : un arrêté sera publié. Il sera d'ailleurs prochainement mis en discussion avec les industriels, l'article 29 ne pouvant pas entrer en vigueur tel quel. Il est en effet trop vague, s'agissant en particulier des pénalités auxquelles les industriels pourraient être soumis. L'article 29 sera opposable à compter de la publication de ce décret.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 283.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 29, modifié.

(L'article 29 est adopté.)

Article 29 bis (nouveau)

① I. – Après le 6° de l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

② « 7° D'une prise en charge antérieure au titre d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1. »

③ II. – Pour l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale de dispositifs ayant fait l'objet antérieurement d'une inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du même code, le certificat de conformité mentionné au dernier alinéa de l'article L. 162-52 dudit code peut être provisoire, permettant de différer la validation de conformité. Il est délivré à titre temporaire pour une durée maximale fixée par décret. La date de validité de ce certificat ne peut excéder le 1^{er} juillet 2025.

④ III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

Mme la présidente. L'amendement n° 284, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3, première phrase

Remplacer les mots :

fait l'objet antérieurement

par les mots :

antérieurement fait l'objet

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 284.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 285, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3, dernière phrase

Après le mot :

certificat

insérer le mot :

provisoire

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Amendement rédactionnel également.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 285.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 29 bis, modifié.

(L'article 29 bis est adopté.)

Article 29 ter (nouveau)

- ① Le II de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par exception, les modalités définies au présent II ne s'appliquent pas lorsque l'exploitant contrôle le fournisseur ou est contrôlé par le fournisseur ou lorsque l'exploitant et le fournisseur sont contrôlés par les mêmes personnes au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce. » – (Adopté.)

Article 30

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 162-1-21, après les mots : « L. 861-3 », sont insérés les mots : « , et sous réserve du deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, » ;
- ③ 2° L'article L. 322-5 est ainsi modifié :
- ④ a) Après le premier alinéa, il est ainsi un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration. » ;
- ⑥ b) (nouveau) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, après la seconde occurrence du mot : « secteur », sont insérés les mots : « , à l'exception de la facturation des transports partagés, » ;
- ⑦ 3° Après le premier alinéa de l'article L. 322-5-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Cette dispense d'avance des frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse un transport partagé dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 322-5. » ;
- ⑨ 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « ni la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 ».

Mme la présidente. Je suis saisie de huit amendements identiques.

L'amendement n° 435 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 456 rectifié *bis* est présenté par MM. Michau, Bourgi, M. Weber, Mérillou, Fichet, Bouad, P. Joly, Redon-Sarrazy et Tissot et Mmes Poumirol et Féret.

L'amendement n° 503 rectifié est présenté par Mme Lermytte, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Bourcier, M. Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Wattebled, Chevalier et Brault, Mme L. Darcos et MM. Guerriau, Verzelen, Henno et Houpert.

L'amendement n° 529 est présenté par MM. Szczurek, Durox et Hochart.

L'amendement n° 770 rectifié est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 925 est présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1012 rectifié *bis* est présenté par MM. Tabarot, Mandelli et Piednoir, Mme Puissat, MM. Rabin et Levi, Mme Micouleau, M. Belin, Mme Demas, MM. Pellevat, J. B. Blanc et Bouchet, Mmes Dumont, Canayer et V. Boyer, M. Courtial, Mme Joseph, MM. Meignen, Bouloux et Khalifé, Mme F. Gerbaud, MM. Panunzi, Sol et Pointereau, Mme Josende, MM. Sautarel et Laménie, Mme Gosselin, M. P. Martin, Mme Belrhiti, M. Grosperin, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Sido et Chatillon, Mme Lopez, MM. Brisson, Cuypers et Gueret, Mme Herzog, M. Somon, Mmes Di Folco et Romagny et MM. Longeot et H. Leroy.

L'amendement n° 1123 rectifié est présenté par M. Lurel, Mme Bélim, M. Pla et Mme Conway-Mouret.

Ces huit amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 456 rectifié *bis*.

Mme Émilienne Poumirol. Il est clair que nous devons favoriser le transport partagé chaque fois que c'est possible, quand la pathologie des patients le permet.

Si l'on peut comprendre que deux patients se rendant, l'un à sa séance de rééducation du genou, l'autre de la cheville, peuvent partager leur moyen de transport, on peut toutefois penser que les patients souffrant d'autres pathologies méritent un transport seul.

Nous souhaitons donc supprimer cet article, dont les dispositions vont trop loin, puisqu'elles créent un malus pour les personnes qui refuseraient ce transport en commun.

J'ai l'impression que l'on cherche à faire des économies de bouts de chandelle : 50 millions d'euros en 2024 et peut-être 100 millions d'euros en 2025. Nous sommes opposés à cette logique de dégradation de l'offre, qui limite les dépenses.

Les patients souffrant d'une affection de longue durée, qui exige des soins longs, douloureux et fatigants, ont le droit de bénéficier de conditions de transport optimales et isolées.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Claude Lermytte, pour présenter l'amendement n° 503 rectifié.

Mme Marie-Claude Lermytte. Si nous comprenons les arguments en faveur du déploiement du transport partagé programmé, cette proposition nous semble être un non-sens en termes de santé publique et de citoyenneté.

À l'heure du covid-19, alors qu'il faut éviter toute contagion, comment imaginer que des personnes immunodéprimées ou fragilisées par une pathologie ou une situation de handicap puissent partager leur moyen de transport ?

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a déjà instauré une hausse du ticket modérateur sur les transports sanitaires programmés. Ce nouvel article prévoit désormais une obligation de partage des transports afin de diminuer les dépenses de santé. C'est une nouvelle mesure

punitive à l'égard des usagers du système de santé, alors même qu'ils rencontrent des difficultés majeures pour accéder au transport sanitaire dans des conditions correctes.

Les témoignages des personnes en situation de handicap sont édifiants : conditions extrêmement dégradées, la durée des trajets pouvant être allongée de manière très importante ; effet d'un antidouleur qui s'estompe ; besoin d'aller aux toilettes ou d'être sondé pour des personnes handicapées ; grande fragilité des personnes après des soins ; absence de confort, d'hygiène ou manque de respect de la dignité de la personne.

Par ailleurs, l'offre de transport est en tension dans un certain nombre de territoires. Des transporteurs en situation de monopole choisissent les trajets les plus rémunérateurs et refusent des prises en charge, ce qui met en grande difficulté les patients.

Au travers de cette nouvelle mesure, le Gouvernement laisse entendre que les patients sont en mesure de choisir leur transport, or c'est loin de la réalité ! L'offre de transport sanitaire doit être réformée en profondeur avant que des dispositions pénalisantes ne soient instaurées.

Cet amendement vise donc à supprimer ces dispositions.

Mme la présidente. L'amendement n° 529 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 770 rectifié.

Mme Anne Souyris. Cet article prévoit une obligation de partage des transports sanitaires afin de diminuer les dépenses de santé. Malheureusement, les usagers rencontrent déjà des difficultés majeures pour accéder à ces transports.

Nos concitoyennes et concitoyens situés en zone rurale subissent déjà le transport partagé, du fait d'une offre de transport sanitaire insuffisante.

Malheureusement, cette fausse bonne idée oblige des personnes immunodéprimées à voyager en groupe et allonge les temps de trajet ou d'attente de deux, voire trois heures de certains patients, qui, par exemple, rentrent chez eux après une chimiothérapie.

Absence et manque de respect, de confort, d'hygiène ou de dignité : voilà ce qui arrive déjà et ce qui risque d'être généralisé !

Cet article rendra par ailleurs complexe l'accès à certains rendez-vous du fait de l'allongement du temps d'attente et de trajet, alors même que les transports ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques de certains patients, notamment à ceux des personnes en situation de handicap.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 925.

Mme Céline Brulin. Nous proposons également de supprimer cet article.

Obliger les patients à utiliser des transports partagés en les menaçant de diminuer leur prise en charge ou d'interdire la dispense d'avance de frais pénalisera ceux d'entre eux qui vivent dans les zones rurales. Du reste, leur temps de trajet sera allongé en raison du nombre plus faible de patients susceptibles de partager ces moyens de transport.

Par ailleurs, certaines pathologies ne sont pas forcément compatibles avec le partage d'un mode de transport.

Il est à craindre que ceux qui seront en mesure de payer la non-compensation aient un temps de transport raisonnable, tandis que ceux qui ne le pourront pas devront passer plus beaucoup de temps dans les transports.

En outre, les artisans taxis craignent que la mise en place de ce dispositif, notamment dans les zones rurales, nécessite de faire appel à des plateformes. À terme, cela pourrait menacer un certain nombre d'emplois. Or des artisans taxis font déjà du transport sanitaire. Ils le font même déjà de façon partagée, chaque fois que c'est possible. Ils craignent de ne plus pouvoir le faire avec humanité, comme ils s'y efforcent du mieux possible actuellement.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 1012 rectifié *bis*.

M. Khalifé Khalifé. Il est défendu !

Mme la présidente. L'amendement n° 1123 rectifié n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable, car elle a jugé que les dispositions de cet article étaient tout de même bienvenues. La modération proposée de ces dépenses d'assurance maladie par le transport partagé aura, du reste, une incidence environnementale vertueuse, il faut le rappeler.

Les dépenses de transport sanitaire ont atteint 5,5 milliards d'euros en 2022, en hausse de 7,2 % par rapport à 2021.

De plus, j'ai entendu que l'article imposait ce mode de transport sous peine de supprimer toute prise en charge. Ce n'est pas là le dispositif proposé, puisque le patient peut encore le refuser, d'autant plus que le transport partagé ne peut pas être proposé au patient si la prescription médicale l'exclut ou si les conditions de ce transport ne sont pas acceptables.

J'entends les arguments qui ont motivé votre souhait de supprimer cet article. Mais le transport partagé existe déjà en milieu rural. Souvent les patients transportés sont contents d'être plusieurs dans un même véhicule, cela permet de discuter – c'est convivial –, si leur état de santé le permet. Je ne dis pas que c'est à chaque fois le cas. Cela permet également de transporter d'autres types de patients, car l'offre de transport reste rare.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Les dispositions de cet article sont à replacer dans le cadre de la version en vigueur de l'article L. 322-5 du code de la santé publique, dont une partie a été rappelée par Mme la rapporteure.

Madame Souyris, certains points de votre argumentation ne sont pas justes. Le médecin reste responsable du recours, par le patient, à un transport partagé. Il ne prescrira pas un transport partagé à un patient immunodéprimé, cela ne me semble pas faire de doute.

Ensuite, les deux dernières conventions établies entre l'assurance maladie et les transporteurs sanitaires restreignaient déjà les « détours » pouvant être réalisés en cas de transport partagé. Ils ne peuvent excéder dix kilomètres pour deux patients et vingt kilomètres pour trois. Il n'est donc pas possible qu'un transport partagé entraîne plusieurs heures de transport supplémentaires. Ces dispositions seront reconduites, mais elles figurent déjà dans l'avenant conventionnel.

Par ailleurs, je comprends très bien la préoccupation concernant la préservation du secret médical, évoquée dans l'objet de plusieurs amendements, mais alors que les patients

passent parfois plusieurs heures dans une salle d'attente, il me semble qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter s'agissant des transports partagés.

Enfin, les dépenses liées aux transports sanitaires ont atteint en 2022 le niveau le plus élevé que nous ayons jamais connu. Les transporteurs sanitaires, y compris les entreprises privées, bénéficient d'un soutien considérable. Ainsi, plus de 128 millions d'euros d'aides ont été versés l'année dernière en complément de la tarification de l'assurance maladie.

Je comprends donc les préoccupations exprimées, mais il importe de prendre en compte la soutenabilité des dépenses. En outre, en matière d'environnement, comme d'économie, lorsque l'on balaie d'un revers de main les petits gestes au profit exclusif des très grands, on prend le risque de donner naissance à des éléphants blancs.

C'est pourquoi l'avis est défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 456 rectifié *bis*, 503 rectifié, 770 rectifié, 925 et 1012 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 772 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) À la seconde phrase du premier alinéa, après les mots : « compte tenu », sont insérés les mots : « de la situation individuelle du patient, » ;

II. – Alinéa 5

Après les mots :

son état de santé

insérer les mots :

ou que sa situation individuelle

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Il s'agit d'un amendement de bon sens.

Actuellement, seuls les trajets vers l'établissement de santé le plus proche du domicile sont pris en charge, ce qui est très limitant. Nous souhaitons, par cet amendement, que soient également pris en charge les trajets vers les centres de santé situés à proximité du lieu d'activité professionnelle du patient.

Certaines personnes en activité professionnelle et ayant besoin des soins peuvent trouver un intérêt à se rendre dans un établissement plus proche de leur lieu d'activité professionnelle ou délivrant les soins nécessaires à une heure plus tardive.

Autre exemple : des personnes dialysées qui souhaitent maintenir leur activité professionnelle sont susceptibles de se rendre dans un centre pratiquant la dialyse après les heures de travail, lequel pourrait se trouver potentiellement plus éloigné de leur domicile.

De plus, des personnes en situation de handicap peuvent être contraintes de se rendre dans un centre de soins plus éloigné de leur domicile, mais plus adapté à leur situation, par exemple en termes d'accessibilité des locaux. Or ces personnes se voient refuser la prise en charge, au motif qu'un autre centre est plus proche. Elles risquent alors de renoncer aux soins, ce qui pose évidemment problème.

La prise en charge du transport pour se rendre dans des établissements doit permettre de favoriser le maintien en emploi.

Tel est le sens de cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n^o 853 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n^o 772 rectifié ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à ajouter à la liste des critères pris en compte dans le calcul de la prise en charge du transport sanitaire un élément relatif à la situation individuelle du patient.

Si je comprends l'intention des auteurs de l'amendement, il me semble techniquement difficile, sinon impossible, de prévoir une modulation de la prise en charge des frais de transport selon la situation véritablement individuelle du patient.

En outre, cet amendement tend à prévoir que la situation individuelle du patient doit être prise en compte avant de proposer une solution de transport partagé. Sur ce point, il me paraît satisfait : les situations individuelles rendant impossible un transport partagé sont déjà considérées. L'étude d'impact précise bien que ne sont concernés que les transports programmés pour lesquels le transport partagé est possible.

L'avis est donc défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'avis est également défavorable.

Il est indiqué dans l'objet de l'amendement que « la prise en charge des frais de transport est aujourd'hui limitée au centre le plus proche du domicile ». Or l'assurance maladie distingue actuellement onze motifs de prise en charge des frais de transport sanitaire. Le critère de la distance kilométrique par rapport au domicile n'est pas le seul qui soit pris en considération.

Pour autant, je donne acte à la sénatrice Souyris de sa préoccupation. En ce moment même, des échanges ont lieu entre l'assurance maladie et les associations de patients, notamment dans les domaines de l'obésité et du handicap, afin de mieux personnaliser ces critères.

L'avis est donc défavorable dans la mesure où la prise en charge actuelle des frais de transport ne se fonde pas exclusivement sur des critères kilométriques et où les deux situations que vous relevez sont en cours de traitement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 772 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 78 rectifié est présenté par Mmes Guidez et Vermeillet, M. Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern et Canévet, Mme Billon, M. J.M. Arnaud, Mmes Gatel et de La Provôté, MM. Longeot, Bleunven, Duffourg, Houpert, Panunzi et Guerriau et Mmes Lermytte et Vérien.

L'amendement n° 846 rectifié est présenté par Mme N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme Girardin, MM. Grosvalet, Guérini et Guiol et Mme Pantel.

L'amendement n° 1167 rectifié *bis* est présenté par Mme Aeschlimann, M. Sautarel, Mme Micouleau, MM. Khalifé et Paccaud, Mmes Belhiti, Petrus, Gosselin et Jacques et MM. Tabarot, Cadec, Genet et H. Leroy.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 5

Après les mots :

prise en charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d'hygiène,

II. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s'applique pas pour les personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid-19, identifiées par la Haute Autorité de santé. » ;

III. – Alinéa 8

Remplacer les mots :

au deuxième alinéa

par les mots :

aux deuxième et troisième alinéas

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 78 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Monsieur le ministre, j'ai bien compris vos explications concernant les transports partagés. Je regrettais, à titre personnel, que ceux-ci concernent également des malades graves, mais vous m'avez presque convaincue. Après tout, pourquoi pas ?

Puisque nous évoquons la question environnementale s'agissant de ces transports, peut-être pourrions-nous envisager d'aider les acteurs du secteur à se procurer des véhicules électriques, afin de réduire leur consommation et les coûts de prise en charge des patients ?

Cela étant, je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 78 rectifié est retiré.

L'amendement n° 846 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour présenter l'amendement n° 1167 rectifié *bis*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Cet amendement vise à prendre en compte le fait que certaines personnes peuvent être sujettes à des formes graves de covid-19 ou présenter des situations spécifiques liées à un handicap, ce qui peut compliquer leur prise en charge dans le cadre d'un transport sanitaire partagé.

Mme la présidente. L'amendement n° 771 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Après le mot :

prise en charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d'hygiène,

II. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s'applique pas pour les personnes à risque de développer des formes graves de covid-19, identifiées par la Haute Autorité de santé. » ;

III. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

À la deuxième phrase

par les mots :

Aux deuxième et troisième phrases

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Le Gouvernement impose une obligation de partage des transports sanitaires afin de diminuer les coûts de prise en charge ; nous entendons, par cet amendement, imposer quelques garde-fous à cette évolution.

Nous proposons ainsi que toutes les personnes à risque de développer des formes graves de covid-19 en soient exemptées.

Ainsi, les personnes atteintes de maladies chroniques et/ou en situation de handicap pourront bénéficier d'une prise en charge de leur transport afin de voyager seules dans un taxi conventionné ou dans un véhicule sanitaire, sans devoir avancer de frais.

Il nous paraît impératif de prévoir des mesures de protection renforcées dans le cadre d'un tel transport de patients considérés à risques : un partage peut entraîner un danger majeur d'exposition au virus pour les personnes les plus fragiles comme pour les personnes immunodéprimées. Le risque qu'elles encourent justifie que ces protections soient imposées par la loi.

Mme la présidente. L'amendement n° 826 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Après la première occurrence du mot :

charge

insérer les mots :

, notamment en termes de durée de trajet, de confort et d'hygiène pour les taxis conventionnés,

II. – Après l’alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s’applique pas aux personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid-19, identifiées par avis par la Haute Autorité de santé. » ;

II. – Alinéa 9

Remplacer les mots :

au deuxième alinéa

par les mots :

aux deuxième et troisième alinéas

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Cet amendement vise à instaurer des garanties pour les personnes atteintes de maladies graves.

Monsieur le ministre, je souhaite qu’il soit précisé que le transport partagé, même si cela va de soi selon vous, ne concerne pas les personnes à risque de développer des formes graves de covid-19, telles que les a identifiées la HAS.

Plus généralement – à titre personnel, puisque cette proposition ne fait pas l’unanimité au sein du groupe GEST –, je souhaite que les conditions de durée de trajet, de confort et d’hygiène propres aux véhicules sanitaires légers soient en l’espèce appliquées aux taxis conventionnés.

Il existe plusieurs niveaux d’exigence en la matière. Toutefois, si le transport partagé en taxi conventionné représente une avancée d’un point de vue écologique, il ne saurait se dérouler dans des conditions médiocres.

Cette évolution nous offre donc l’opportunité de réclamer l’application des mêmes normes en termes de durée de trajet, de confort et d’hygiène aux taxis conventionnés qu’aux véhicules sanitaires légers.

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces amendements visent d’abord à préciser qu’une proposition de transport partagé doit satisfaire à des conditions en termes de durée du trajet, de confort et d’hygiène.

Or tel qu’il est actuellement rédigé, l’article prévoit que des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet devront être remplies. Il ne paraît donc pas nécessaire d’ajouter de telles précisions dans la loi.

Ensuite, ces amendements tendent à exclure les personnes susceptibles de développer des formes graves de covid-19 du dispositif encourageant le transport partagé.

Cette protection me paraît mieux garantie par la possibilité laissée au médecin prescripteur d’apprécier si l’état de santé de son patient est compatible avec un transport partagé. Cet amendement me semble donc satisfait.

En outre, il serait surprenant d’inscrire dans la loi une exception pour les seuls patients susceptibles de développer une forme grave de covid-19.

L’avis est donc défavorable sur chacun de ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L’avis est défavorable, pour les raisons que vient d’invoquer la rapporteure.

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je suis bien d’accord : lorsqu’il s’agit d’une sortie d’hospitalisation, les médecins signent un bon d’ambulance. Il n’y a là aucune ambiguïté, ils n’optent pas pour un transport partagé, ce serait leur tenter un faux procès que de prétendre le contraire.

En revanche, la loi ne prévoit pas que des conditions de confort, parmi d’autres critères, sont imposées aux véhicules sanitaires légers. Mon amendement n’est pas du tout satisfait sur ce point.

Je préconise donc que des conditions de confort et d’hygiène soient exigées des taxis conventionnés, car il y a un problème en la matière.

Le médecin a le choix de prescrire un transport en ambulance ou un transport partagé. Il faut donc mieux réguler les taxis conventionnés et leur appliquer les mêmes normes qu’aux véhicules sanitaires légers.

Mme la présidente. Madame Aeschlimann, l’amendement n° 1167 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Marie-Do Aeschlimann. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L’amendement n° 1167 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l’amendement n° 771 rectifié.

(L’amendement n’est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l’amendement n° 826 rectifié.

(L’amendement n’est pas adopté.)

Mme la présidente. L’amendement n° 1263, présenté par Mme Monier, M. Jomier, Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Ficher, Mme Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Michau et Ouizille, Mmes Lubin, Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mme Conway-Mouret, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Méridou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Cette disposition n’est pas applicable aux courses gérées par des plateformes en délégation ou au titre de l’article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale. Le transport partagé s’organise entre le patient et son entreprise de transport sanitaire ou de taxi conventionné sans qu’un intermédiaire puisse s’y substituer.

La parole est à Mme Corinne Narassiguin.

Mme Corinne Narassiguin. Cet amendement tend à encadrer le dispositif prévu à l’article 30 en établissant clairement que la gestion du transport partagé relève exclusivement du transporteur sanitaire ou du taxi conventionné et qu’il ne peut faire l’objet de l’intervention d’un tiers, notamment d’une plateforme en délégation de gestion de transport de malades assis.

Cette précision vise à clarifier le rôle des acteurs et leurs compétences et à éviter l'intervention d'acteurs extérieurs au secteur du transport de malades assis induisant des biais de concurrence.

Cette proposition a été préparée en lien avec la Fédération nationale du taxi (FNDDT) et la Fédération nationale des artisans du taxi (Fnat).

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il ne paraît pas souhaitable d'introduire une distinction fondée sur le mode de gestion du transport. Les seules exceptions utiles sont celles qui sont liées à la situation du patient, notamment à son état de santé.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'article L. 1110-8 du code de la sécurité sociale permet d'ores et déjà à un patient de refuser un mode de transport. Ainsi, si celui-ci préfère un artisan taxi, il pourra refuser une autre proposition.

À mon sens, nous restreindrions trop le champ de l'article en adoptant cet amendement.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1263.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 553 n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1284, présenté par M. Jomier, Mmes Monier et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy, Harribey et G. Jourda, MM. Temal, Durain, Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mme Conway-Mouret, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalès, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce coefficient de minoration n'est pas appliqué quand le trajet en transport partagé a pour conséquence un allongement du trajet en transport individuel initial supérieur à 30 minutes.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Tout d'abord, je souhaite faire suite à la remarque de la rapporteure selon laquelle la responsabilité de prescrire le transport partagé incombe au médecin.

À ma connaissance, à moins d'une actualisation extrêmement récente, les prescriptions de transport ne comportent pas cette indication spécifique : le médecin peut prescrire un transport en commun, en véhicule sanitaire léger, en ambulance, mais aucune case n'est prévue pour qu'il puisse autoriser un transport partagé. Actuellement, cette possibilité n'existe pas. Par conséquent, il ne saurait y avoir d'accord explicite du médecin.

Le ministre rappelait que la règle actuelle repose sur un barème kilométrique. Ce barème est établi dans l'intérêt de l'assurance maladie, le coût du transport étant calculé au kilomètre. Pour le patient, l'élément déterminant la qualité du transport, c'est le temps de trajet, non le nombre de kilomètres parcourus.

La question est donc : combien de temps en plus le patient passera-t-il dans le véhicule si le transport est partagé ?

Aussi, comme il existe une limite kilométrique, nous proposons d'introduire une limite de durée supplémentaire, fixée à trente minutes. Faire l'effort de partager un transport ne doit pas avoir pour conséquence un allongement excessif du temps de transport.

Mme la présidente. L'amendement n° 827 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Après la dernière occurrence du mot :

que

insérer les mots :

le transport partagé n'a pas pour conséquence de rallonger le trajet du patient d'une durée supérieure à 45 minutes au trajet initialement prévu s'il avait été pris en charge seul, mais aussi que

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je fais le même constat que mon collègue concernant la distance en kilomètres : dix kilomètres en milieu urbain dense n'ont pas la même signification qu'en zone rurale.

Lorsque l'on parle de la distance nécessaire pour atteindre un service d'urgence ou une maternité, par exemple, on l'exprime en kilomètres, mais il est commun d'évoquer plutôt un temps d'accès, par exemple de 30 minutes. Cette durée est bien sûr variable en fonction du milieu, rural ou urbain, et des conditions de circulation.

Un trajet d'une durée de trente minutes entre le domicile et le lieu de soins ne peut pas être un transport partagé. J'ai considéré qu'il fallait prévoir un temps de déplacement plus long en cas de transport partagé et proposé quarante-cinq minutes.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Préciser une durée limite exacte de l'allongement du temps de trajet me semble par trop rigidifier le droit, alors que ces conditions pourraient être précisées par voie réglementaire ou conventionnelle.

Pour autant, quitte à amender cet article, il est en effet préférable de raisonner en temps passé plutôt qu'en kilomètres parcourus.

L'avis est néanmoins défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1284.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 827 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 286, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Après le mot :

après

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

le mot : « responsabilité », la fin de la phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « À l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement est rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 286.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(L'article 30 est adopté.)

Après l'article 30

Mme la présidente. L'amendement n° 871 n'est pas soutenu.

Chapitre III

GARANTIR ET SÉCURISER L'ACCÈS DES FRANÇAIS AUX MÉDICAMENTS DU QUOTIDIEN ET AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS

Article 31

① I. – L'article L. 164-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Le tarif de cession des produits mentionnés au 1° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique cédés pour une finalité transfusionnelle est déterminé en tenant compte du coût de revient de la collecte, de la qualification biologique, de la préparation, de la distribution, de la délivrance et du contrôle de la qualité desdits produits incombant à l'Établissement français du sang. »

③ II. – Les 3° et 4° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

④ « 3° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie contribuant au financement de missions de service public assurées par l'établissement, ainsi que des surcoûts temporaires non couverts par les modalités d'ajustement des tarifs des activités liées aux produits sanguins labiles mentionnées au 1° du présent article.

Le montant de cette dotation est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes.

⑤ « Les modalités d'application du présent 3° sont fixées par décret ;

⑥ « 4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques et de leurs établissements publics ; ».

Mme la présidente. La parole est à Mme Marianne Margaté, sur l'article.

Mme Marianne Margaté. L'article 31 prévoit de faire évoluer le modèle de financement de l'Établissement français du sang (EFS).

Les militants de l'EFS nous interpellent depuis plusieurs années sur les difficultés structurelles auxquelles fait face le modèle économique de cet établissement. Le 21 juillet dernier, le conseil d'administration de l'établissement a adopté un budget rectificatif prévoyant la réalisation de 22 millions d'euros d'économies, grâce à la suppression de 150 équivalents temps plein, soit 10 % des effectifs, et le gel des projets de médicaments de thérapie innovante.

La baisse des effectifs affecte les capacités de cet établissement et altère les conditions de travail des salariés en poste.

La collecte du plasma est par ailleurs freinée du fait de ces restrictions financières. Il est pourtant urgent d'en augmenter le volume par le biais de collectes mobiles ; pourtant, celles-ci ont disparu, comme les maisons du don. Il faut donc les remettre en place et investir dans des machines pour l'établissement.

La proposition d'un nouveau modèle de financement ne sauvera pas notre système de transfusion sanguine si les moyens humains, matériels et financiers ne sont pas augmentés en adéquation avec sa mission de service public.

Mme la présidente. L'amendement n° 287, présenté par Mme Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

1° Remplacer le mot :

le

par les mots :

Quand il est fixé par arrêté, le

2° Après le mot :

cédés

insérer les mots :

par l'Établissement français du sang

La parole est à Mme la rapporteure générale.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Après concertation avec les collaborateurs du ministre, je souhaite rectifier cet amendement et supprimer le 1° de son dispositif.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 287 rectifié, présenté par Mme Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, qui est ainsi libellé :

Alinéa 2

1° Après le mot :

cédés

insérer les mots :

par l'Établissement français du sang

Veuillez poursuivre, madame la rapporteure générale.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Cet article 31 me semble vraiment bienvenu.

M. Bernard Jomier. C'est vrai.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Depuis des années, sur toutes les travées de cette assemblée, nous avons régulièrement dénoncé les difficultés rencontrées par l'Établissement français du sang.

S'il y a un établissement qui tient au cœur des Français, c'est bien celui-là, son réseau étant animé par des professionnels, mais aussi par des bénévoles. Nous sommes tous, les uns et les autres, des relais de la bonne santé de l'EFS. Je tiens à saluer cet effort.

Le financement de l'EFS reposait sur la seule cession de produits sanguins labiles (PSL) à destination des établissements de santé et du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB). Or cette architecture économique ne fonctionne plus.

Vous introduisez aujourd'hui un forfait pris en charge par l'assurance maladie ; cela me semble particulièrement opportun.

Pour autant, il sera sans doute nécessaire de se pencher sur l'innovation et la recherche, qui nécessiteront un financement adéquat, tant le secteur avance vite. Si ce nouvel apport est assuré pour l'avenir, il conviendra de faire en sorte que l'Établissement français du sang puisse rester au top niveau.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'avis est favorable sur l'amendement rédactionnel.

Je souhaite apporter quelques précisions pour la clarté de nos débats.

Nous serons amenés à discuter de nouveau de l'EFS. En effet, grâce à une évolution positive de la science, la vente de poches de sang aux établissements de santé se réduit d'année en année, parce qu'on fait moins de transfusions. Par conséquent, le modèle économique de cet établissement public est en difficulté, ce qui le conduit, comme vous l'avez justement souligné, à ajuster sa structure.

Par ailleurs, le marché du plasma – pardonnez-moi ce terme – est très dynamique : la concurrence internationale est forte, mais les conditions de prélèvement font parfois froid dans le dos, comme c'est le cas au sud de la frontière des États-Unis.

Il est donc nécessaire de mener une réflexion – cela prendra quelques mois – sur les deux piliers du domaine que sont l'EFS et le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies. Nous devons ainsi déterminer précisément qui doit être le principal acteur de la collecte de plasma et si cette collecte doit répondre exactement aux mêmes règles que celle du sang. Doit-elle ainsi être gratuite ? Dans certains pays, on paie par exemple le transport jusqu'au centre de collecte du plasma.

Il s'agit d'un enjeu sérieux, car la dotation de l'assurance maladie de 100 millions d'euros ne suffira pas pour assurer la trajectoire définitive de l'EFS. Il est donc nécessaire d'aborder ces questions simultanément, en ayant conscience que les donneurs de sang, s'ils constituent une ressource majeure, ne sont pas nécessairement disposés à se prêter de la même manière à la collecte du plasma, laquelle emporte des conséquences bien plus importantes sur la journée durant laquelle elle est pratiquée.

Il est donc probable que nous devons de nouveau discuter de ces questions, car nous serons loin d'avoir soldé le sujet ce soir.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. J'ai une question pour la rapporteure générale ou le ministre.

Au mois de juin dernier, la Cour des comptes a présenté son bilan habituel et nous a alertés sur le fait que l'assurance maladie finançait les agences sans pour autant participer aux décisions les concernant.

Vous mettez maintenant en place une dotation de 100 millions d'euros. L'assurance maladie participera-t-elle dès lors aux décisions de l'EFS ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Vous avez raison de relever ce point : l'assurance maladie ne participera pas directement, à ce stade, à la gouvernance de l'établissement.

Pour autant, comme vous le savez, nous avons soumis à votre sagacité la nomination d'un nouveau président de l'EFS. À ce stade, le tiers de confiance, c'est la direction générale de la santé, qui joue le rôle de commissaire du Gouvernement auprès de l'établissement.

Sur le fond, vous avez raison : si la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) est payeur, elle doit participer...

J'apprends à l'instant qu'elle est bien représentée au conseil d'administration, voyez : je partageais votre ignorance !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 287 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 288, présenté par Mme Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

dans des conditions fixées par décret

II. – Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les autres modalités d'application du présent 3° sont également fixées par décret ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 288.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1175, présenté par Mme Monier, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mme Conway-Mouret, MM. Chaillou, Tissot, Mérillou et Marie, Mme Artigalas, MM. Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application du présent article.

Ce rapport analyse plus largement l'opportunité de sortir l'établissement français du sang d'un financement via le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie « Autres prises en charge » et de présenter les prévisions de recettes et de dépenses dudit établissement dans un article dédié du projet de loi de financement de sécurité sociale de l'année.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Monsieur le ministre, nous partageons votre proposition de mener une réflexion globale sur l'Établissement français du sang.

Nous vous suggérons ainsi de préparer un rapport sur l'opportunité de sortir le financement de l'EFS *via* le sous-objectif « Autres prises en charge » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), lequel est peut-être trop limité. Il me semble que nous devons aller au-delà, dans le sens que vous venez d'indiquer.

Un autre mode de financement pourrait être proposé. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année pourrait être dédié à l'EFS et présenté avec les prévisions de recettes et de dépenses de manière séparée.

L'EFS rencontre en effet de grandes difficultés depuis plusieurs années. S'agissant d'un établissement public autonome, il n'a pas directement bénéficié des revalorisations salariales du Ségur de la Santé, ce qui a minoré son attractivité au moment de recruter son personnel soignant.

En tout, il lui manquerait 90 millions d'euros de financement et l'autosuffisance de notre pays en produits de santé pourrait être remise en question.

Une telle évolution emporterait des conséquences importantes : risques mortifères pour un million de patients, chute de la collecte de plasma à destination du fractionnement et augmentation de la dépendance pour l'approvisionnement. S'il devenait nécessaire d'acheter du plasma d'aphérèse à d'autres pays, les coûts augmenteraient, car ce produit est vendu 120 euros en France, contre 170 euros en moyenne en Europe et 200 euros aux États-Unis.

En outre, cela marquerait la fin du financement par l'EFS des recherches en matière de thérapies innovantes comme du soutien à l'action internationale de la France en matière de santé.

Sortir le financement de l'EFS du sous-objectif de l'Ondam permettrait de prévenir ce genre de difficultés. Les parlementaires pourraient ainsi effectuer des contrôles et proposer des solutions par voie d'amendement. Cela permettrait de rendre plus transparent le financement de cet établissement.

Je salue enfin l'engagement des bénévoles qui permettent à l'EFS de fonctionner et de tous ceux qui font le choix éthique de donner leur sang.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Cet amendement visant à demander la remise d'un rapport, l'avis est, comme toujours, défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'ai découvert récemment que la commission était par principe toujours défavorable aux demandes de rapport.

En tout état de cause, j'estime que le champ de travail que vous délimitez est trop restreint, madame la sénatrice, et que, au-delà de l'Ondam, il faudrait élargir la discussion au Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, qui est une entreprise publique dépendant de Bercy.

En outre, il conviendrait peut-être aussi d'associer à cette réflexion la commission des affaires économiques, qui a à connaître les activités de l'Agence des participations de l'État (APE).

Mme Annie Le Houerou. Je retire l'amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1175 est retiré.

Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Article 32

- ① I. – L'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° est ainsi modifié :
- ③ a) Au a, après le mot : « stock », sont insérés les mots : « ou d'arrêt de commercialisation » ;
- ④ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « À titre dérogatoire, afin de répondre à l'ensemble des besoins nationaux, le ministre chargé de la santé peut autoriser par arrêté la dispensation par les pharmacies d'officine de ces préparations hospitalières spéciales ; »
- ⑥ 2° Le 3° est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et temporaire, pour faire face à une rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou à l'arrêt de sa commercialisation ou pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits, le ministre chargé de la santé autorise par arrêté la réalisation, par les officines disposant de l'autorisation mentionnée au second alinéa de l'article L. 5125-1-1, pour leur propre compte ou pour le compte d'une autre officine dans les conditions prévues au même second alinéa, de préparations officinales spéciales. Ces préparations respectent les exigences suivantes :

- ⑧ « a) Être soumises à prescription médicale ;
- ⑨ « b) Être réalisées selon une monographie publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;
- ⑩ « c) Être préparées à partir d'une matière première à usage pharmaceutique fournie par l'établissement pharmaceutique d'un établissement de santé défini à l'article L. 5124-9 ; ».
- ⑪ II. – Après l'article L. 162-16-4-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-5 ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 162-16-4-5. – Les prix de cession, couvrant les frais de la réalisation et de la dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, et des préparations officinales spéciales mentionnées au deuxième alinéa du 3° du même article L. 5121-1, sont fixés par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Mme la présidente. L'amendement n° 289, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 5126-6. », est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'exécution de ces préparations peut également être confiée, sous la responsabilité des pharmacies à usage intérieur et des établissements pharmaceutiques habilités, à des pharmacies d'officine autorisées à exercer une activité de sous-traitance dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5125-1. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cet amendement, il est proposé que la production de tout ou partie des préparations hospitalières spéciales puisse être confiée à des pharmacies d'officine dûment autorisées par l'ARS. En France, une cinquantaine de pharmacies d'officine pourraient être concernées.

Cet amendement avait déjà été présenté par la commission dans le cadre du PLFSS 2022.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'estime que ces préparations spéciales doivent rester du ressort des pharmacies à usage intérieur (PUI). Celles-ci font en effet l'objet d'une autorisation par les ARS et d'un contrôle des prescriptions plus contraignants que les pharmacies du réseau officinal, bien qu'une cinquantaine de ces dernières puissent effectivement se prévaloir d'une telle autorisation.

Quoi qu'il en soit, il revient aux pharmacies à usage intérieur d'assumer l'élaboration de ce type de préparations.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 289.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 290, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Après le mot :

fournie

insérer les mots :

par un établissement mentionné à l'article L. 5138-1 ou

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cet amendement, il est proposé de permettre l'exécution, par les pharmacies d'officine, de préparations officinales spéciales à partir d'une matière première à usage pharmaceutique (MPUP) fournie par un établissement autorisé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à exercer une activité de fabrication, d'importation et de distribution de substances actives.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'établissement pharmaceutique de l'AP-HP qu'est l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) doit à mes yeux rester le point de sortie unique des MPUP.

L'agence garantit en effet le niveau de qualité pharmaceutique des matières premières nécessaires à la réalisation des préparations officinales spéciales. Celles-ci sont fournies aux officines autorisées à les réaliser à un prix qui plus est unique et maîtrisé. Ce système permet donc d'assurer à la fois l'intérêt des patients et la soutenabilité financière de ces préparations pour l'assurance maladie.

Autrement dit, l'Ageps est un outil industriel, pas uniquement dans les périodes de pénurie. J'estime donc qu'il nous faut la solliciter au maximum, car elle dispose d'une forte capacité de négociation avec les industriels.

J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Nous avons appris que l'Ageps a connu une importante diminution de postes, laquelle a entraîné une baisse sensible de sa production.

Dans son rapport sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique, notre ancienne collègue Laurence Cohen a conclu à la nécessité d'accroître la production publique de médicaments.

Avez-vous donc l'intention de redonner à cette agence des moyens de produire, monsieur le ministre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Comme vous le savez, monsieur le ministre, il s'agit non pas d'écarter l'Ageps, mais de limiter le risque de pénurie en mobilisant tous les acteurs disponibles afin de diversifier les sources d'approvisionnement en matières premières.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'Ageps, dont le bâtiment était prévu pour être un site de production, avait effectivement perdu des capacités de production. Je m'exprime sous le contrôle des deux anciens présidents suppléants du conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris présents dans cet hémicycle.

L'épisode du covid-19, les pénuries que nous avons connues, ainsi que les éléments issus du rapport de Sonia de La Provôté et Laurence Cohen, nous ont conduits à

confier à l'Ageps un rôle pivot dans la production des matières premières à usage pharmaceutique. L'AP-HP a donc redoté en personnel cette agence, qui n'est du reste pas une entité morale distincte de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

J'entends vos arguments, madame la rapporteure. Pour être tout à fait transparent, j'attends de vérifier la capacité de cet établissement, qui me paraît le plus à même de remplir cette mission, à monter en puissance en termes de production.

Nous pourrons ensuite, le cas échéant, envisager de permettre à d'importantes pharmacies à usage intérieur et à d'autres établissements de référence d'assurer une partie de la production.

En tout état de cause, l'Ageps ayant été redotée à cette fin, je souhaite procéder de manière progressive.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 290.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 291, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, pris après consultation des représentants des pharmaciens concernés

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à mieux associer les organisations représentatives des pharmaciens à la définition des prix de cession des préparations officinales spéciales et, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, des préparations hospitalières spéciales.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Le prix de cession qui sera fixé pour chacune des préparations officinales spéciales par arrêté des ministres devra tenir compte des coûts de réalisation et des frais de dispensation qui seront calculés sur la base de critères généraux objectifs préalablement communiqués à la profession.

Dans les faits, un tel arrêté n'est jamais pris sans une consultation informelle de la profession. J'estime donc qu'inscrire cette consultation dans la loi, c'est la faire figurer un peu haut dans la hiérarchie des normes, alors que cette pratique fait aujourd'hui partie du quotidien des administrations.

J'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 291.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(L'article 32 est adopté.)

Après l'article 32

Mme la présidente. L'amendement n° 978, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5423-9 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le manquement des obligations prévues aux 5°, 6° et 7° fait l'objet d'une sanction financière comprise entre 0,5 % et 2 % du chiffre d'affaires du titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou de l'entreprise pharmaceutique exploitante. »

La parole est à Mme Silvana Silvani.

Mme Silvana Silvani. Dans le rapport qu'elle a rédigé au nom de la commission d'enquête sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique, notre collègue Laurence Cohen a pointé la nécessité de mieux anticiper les risques de rupture de médicaments et de garantir la crédibilité et l'exactitude des plans de gestion des pénuries.

Les plans de gestion des pénuries, qui ont pour objectif de prévenir et de pallier toute rupture de stock, constituent le principal dispositif destiné à contraindre les industriels à renforcer leur analyse *a priori* des risques d'approvisionnement associés à un médicament.

Les travaux et les auditions menés par la commission d'enquête ont démontré la qualité nettement insuffisante des plans de gestion des pénuries et leur niveau très variable de précision, les noms de certaines spécialités étant parfois absents.

Les plans de gestion des pénuries sont d'une qualité nettement insuffisante et devraient être complétés d'urgence s'agissant de spécialités qui ont récemment été en rupture et le sont parfois toujours.

Il incombe aux laboratoires de fournir des informations précises et exhaustives sur les risques inhérents à la production des médicaments qu'ils mettent sur le marché.

Au regard de l'enjeu d'anticipation et d'évaluation des risques, il est urgent de renforcer les contrôles sur ces documents et, par conséquent, de donner à l'ANSM les moyens humains et matériels de le faire.

Tout manquement doit de plus faire l'objet de sanctions financières véritablement dissuasives.

Pour l'ensemble de ces raisons, le présent amendement vise à renforcer les pénalités financières encourues par les titulaires d'autorisation de mise sur le marché ou par les entreprises pharmaceutiques qui ne respecteraient pas leurs obligations en matière de prévention des pénuries de médicaments.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les sanctions pouvant être prononcées par l'ANSM en cas de manquements aux obligations mentionnées sont déjà très élevées. Le code de la santé publique les plafonne à 30 % du chiffre d'affaires réalisé sur le produit ou le groupe de produits concernés. Dans certains cas, le montant des sanctions est supérieur à celui que vous proposez de fixer par cet amendement, ma chère collègue.

La commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments que vous évoquez et à laquelle j'ai participé a d'ailleurs souligné que le problème principal des sanctions prononcées par l'ANSM était non pas leur montant, mais leur rareté.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 978.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 33

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 5121-29 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) À la seconde phrase du dernier alinéa, après le mot : « difficulté », sont insérés les mots : « , toute rupture ou tout risque de rupture » ;
- ⑤ c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – La rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai et les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament sont définis par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2° Après l'article L. 5121-33, sont insérés des articles L. 5121-33-1 à L. 5121-33-3 ainsi rédigés :
- ⑧ « Art. L. 5121-33-1. – En cas de rupture d'approvisionnement, un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues aux articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.
- ⑨ « L'arrêté mentionné au premier alinéa du présent article précise les médicaments concernés parmi ceux identifiés en application du 15° de l'article L. 5121-20 ou ceux mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8.
- ⑩ « Art. L. 5121-33-2. – En cas de rupture d'approvisionnement de certains médicaments, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté, en limiter ou en interdire la prescription par un acte de télémedecine. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.
- ⑪ « Art. L. 5121-33-3 (*nouveau*). – En cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, prendre toutes les mesures de police sanitaire nécessaires pour garantir un approvisionnement approprié et continu par les titulaires et les exploitants d'autorisations de mise sur le marché. » ;
- ⑫ 3° (*nouveau*) L'article L. 5423-9 est complété par un 9° ainsi rédigé :
- ⑬ « 9° Le fait, pour le titulaire ou l'exploitant d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin mentionné au b du 6° de l'article L. 5121-1, de ne pas

mettre en œuvre les mesures prises par le directeur général de l'agence en application de l'article L. 5121-33-3. »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1341 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 506 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattedled et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Chevalier, Mme L. Darcos, MM. Guerriau, Verzelen, Henno et Houpert et Mme Guidez, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, le mot : « excéder » est remplacé par les mots : « être inférieur à » ;

La parole est à Mme Marie-Claude Lermytte.

Mme Marie-Claude Lermytte. Depuis quelques années, les ruptures de stock et les tensions d'approvisionnement connaissent une progression très inquiétante, au point que les problèmes d'indisponibilité de médicaments peuvent aujourd'hui être considérés comme chroniques, en France comme dans la plupart des États de l'OCDE.

Ces difficultés concernent l'ensemble des médicaments et des vaccins, qu'il s'agisse de médicaments d'intérêt vital, dits médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), principalement dispensés à l'hôpital, ou de médicaments d'usage quotidien vendus en officine.

Les classes thérapeutiques les plus concernées sont les anticancéreux, les anti-infectieux – antibiotiques et vaccins –, les anesthésiants, les médicaments du système nerveux central destinés notamment au traitement de l'épilepsie ou de la maladie de Parkinson, ainsi que les médicaments dérivés du sang.

En raison de la complexité de leur processus de fabrication, les spécialités injectables sont les plus vulnérables au risque de pénurie.

La durée moyenne des ruptures constatées en 2017 pour les MITM était d'environ quatorze semaines, la médiane s'établissant à sept semaines et demie. Les vaccins sont en moyenne touchés pendant cent soixante-dix-neuf jours.

Le décret n° 2021-349 du 30 mars 2021 relatif au stock de sécurité destiné au marché national fixe à deux mois ces stocks pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, soit huit semaines. Cela demeure insuffisant, même si la durée médiane des ruptures est ainsi couverte.

En conséquence, cet amendement vise à fixer la durée minimale de ces stocks stratégiques à quatre mois.

Mme la présidente. L'amendement n° 1229 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Ouizille et Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalás, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Après la première phrase du deuxième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants. » ;

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise également à sécuriser l'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur en fixant la durée des stocks stratégiques à quatre mois.

Les pénuries de médicaments et de vaccins s'intensifient et s'aggravent d'année en année, emportant de lourdes conséquences pour les personnes malades et pour la santé publique.

Le rapport de la commission d'enquête menée sous l'égide de Sonia de La Provôté et de Laurence Cohen souligne notamment que 37 % des Françaises et des Français ont déclaré avoir été confrontés à des pénuries de médicaments en 2023.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a consacré l'obligation, pour les industriels, de constituer un stock de sécurité destiné au marché national pour chaque MITM afin d'assurer quatre mois de couverture des besoins en médicaments. Nous étions donc satisfaits.

Le décret d'application du 30 mars 2021 a toutefois révisé à la baisse le dispositif, en précisant que la durée de couverture permise par les stocks devait être d'« au moins » deux mois. La constitution de stocks étant coûteuse – on nous le répète dans le cadre de l'examen de chaque PLFSS et à chaque fois que nous auditionnons Les entreprises du médicament (Leem) –, les industriels en ont profité pour réduire la durée des stocks à deux mois.

Il nous paraît donc important, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, de rétablir la disposition que nous avons votée en 2020, à savoir la constitution de stocks de quatre mois au minimum.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'avis est défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. Oh...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ne le prenez pas mal, ma chère collègue. De fait, nous n'avons pas fait face à une pénurie d'amendements sur ce PLFSS ! (*Sourires.*) Je ne vous en fais pas le reproche ; notre pouvoir, c'est le droit d'amendement.

Plus sérieusement, les stocks sont aujourd'hui fixés par voie réglementaire à deux mois de couverture des besoins pour l'ensemble des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur et à quatre mois pour les MITM qui présentent le plus grand risque de rupture.

La constitution de stocks est effectivement coûteuse pour les entreprises, comme le souligne le Leem, mais elle peut aussi paradoxalement contribuer à réduire le nombre de médicaments en circulation dans les situations en tension.

La difficulté que nous rencontrons aujourd'hui est de savoir où sont les stocks. Certaines entreprises de médicaments – nous y reviendrons sans doute dans la suite de la

discussion – ne mettent pas leurs produits en distribution auprès des grossistes-répartiteurs et des officines pour ne pas être pénalisées au regard de l'obligation de constitution de stocks.

J'estime donc que l'allongement de la durée des stocks n'est pas une bonne idée. J'émetts donc un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je crains de cocher toutes les cases irritantes...

Premièrement, lorsqu'il existe un risque objectif de pénurie d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, il est d'ores et déjà possible de porter la durée des stocks à quatre mois.

Deuxièmement – je m'aventure à présent en terrain glissant –, la Commission européenne est très attentive à la question des stocks nationaux. Elle considère en effet à juste titre qu'il y a non pas un marché français, italien ou anglais, mais un seul marché européen. En imposant des stocks trop importants, la France compromettrait la disponibilité des produits dans d'autres pays.

Troisièmement – je m'appête à cocher une nouvelle case –, la réalité est telle aujourd'hui que si nos prescriptions sont trop dures, certains industriels risquent de se retirer du marché français.

Mme Émilienne Poumirol. C'est du chantage !

M. Aurélien Rousseau, ministre. Sans aucun doute, madame la sénatrice.

Deux des laboratoires de médicaments génériques auxquels j'ai proposé de rehausser le prix de leurs produits afin d'en garantir les approvisionnements en France ont refusé au prétexte que je n'avais pas accepté d'autres de leurs demandes.

En clair, et même si la situation n'est pas aussi simple, nous ne disposons pas des outils qui nous permettraient de contraindre les méchants.

Nous allons par ailleurs renforcer – nous y reviendrons – les outils de police sanitaire de l'ANSM. C'est un point important.

J'ajoute – je m'exprime sous le contrôle de la rapporteure – que ce à quoi nous assistons cette année est non pas une pénurie, mais une totale dérégulation du système, avec ce que cela suppose d'intérêts financiers à tous les étages. Nous disposons en effet des stocks nationaux des principes les plus importants.

Il faut simplement que l'hydraulique soit rétablie jusqu'aux plus petites pharmacies du territoire. Soyez assurés, mesdames, messieurs les sénateurs, de ma détermination à cet égard.

Nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur les éléments financiers, qui constituent une variable essentielle, mais j'ajoute qu'après l'épisode de l'an dernier, nous souhaitons relocaliser sur le territoire national une partie de la production, notamment des vingt-cinq molécules les plus sensibles. Les industriels, qui sont les mêmes auxquels nous imposons la constitution de stocks, disposent de ce fait d'une carte supplémentaire dans leur jeu.

Nous nous efforçons de ménager ces différents éléments du mieux que nous pouvons.

En tout état de cause, l'avis est défavorable, car comme la rapporteure, j'estime que les dispositions proposées conduiraient à une aggravation des pénuries.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 506 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1229 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1380, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret en Conseil d'État mentionné au deuxième alinéa fixe les conditions dans lesquelles les stocks de sécurité constitués doivent être utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si la constitution de stocks de sécurité est essentielle pour permettre l'approvisionnement du marché français en situation de tension, il arrive, comme M. le ministre et moi-même l'évoquions, que ces stocks soient bloqués par les industriels.

Afin d'éviter cet écueil, je vous propose, par cet amendement, de prévoir que le décret en Conseil d'État fixant les seuils à respecter fixe également les conditions dans lesquelles les stocks constitués doivent être utilisés pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché en situation de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement.

Si la constitution de stocks est une nécessité, encore faut-il être en mesure de fixer les conditions dans lesquelles ces stocks doivent être débloqués.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. L'ANSM, dont je souhaite faire le pivot de la régulation et de la police sanitaire, considère aujourd'hui qu'un tel décret en Conseil d'État n'est pas nécessaire. Elle estime en effet que les outils dont nous nous apprêtons à la doter lui suffiront à s'assurer auprès des industriels et des différents acteurs de la chaîne du médicament que les stocks circuleront effectivement et qu'une forme de ruissellement – j'ai conscience d'employer un autre terme irritant ! – sera effective.

Tout en comprenant le sens de cet amendement, j'y suis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1380.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 773 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – La rupture d'approvisionnement se définit pour une pharmacie d'officine comme l'incapacité de dispenser un médicament à un patient dans un délai donné qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Ce délai, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament, sont définis par décret en Conseil d'État.

« Pour une pharmacie à usage intérieur définie à l'article L. 5126-1, la rupture d'approvisionnement se définit comme l'incapacité de constituer un stock suffisant d'un médicament pour garantir une continuité thérapeutique aux patients pour lesquels elles assurent la dispensation dudit médicament. Ce stock doit pouvoir assurer la disponibilité effective et sans délai du médicament. » ;

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Puisque les pénuries de médicaments s'enchaînent sur notre territoire, nous devons nous préparer au mieux à ces ruptures de stock. Cela suppose de tenir compte des différences qui existent entre les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur, que celles-ci soient implantées au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social.

En effet, si les pharmacies d'officine ne disposent que de stocks limités compte tenu de leurs délais d'approvisionnement, de leur répartition sur le territoire et de leurs modalités de dispensation, les pharmacies à usage intérieur sont quant à elles tenues de sécuriser la dispensation de produits de santé pour des patients dont les pathologies sont plus lourdes, les prescriptions plus diverses et les délais d'approvisionnement plus longs.

L'état de rupture est donc atteint dès que la PUI ne dispose plus d'un stock suffisant pour garantir pendant plusieurs jours une continuité thérapeutique aux patients pour lesquels elles assurent la dispensation.

Par cet amendement, nous demandons à qualifier la rupture d'approvisionnement dès que l'incapacité de constituer un stock suffisant dans les PUI est atteinte afin de prévenir le plus rapidement possible les pénuries.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à instaurer une définition différente des ruptures d'approvisionnement pour les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur. Si la situation des pharmacies à usage intérieur diffère effectivement de celle des pharmacies d'officine, je ne crois pas souhaitable de retenir cette définition spécifique.

L'avis est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je partage le point de vue de la rapporteure. Je ne vois pas ce qui justifie de prévoir une définition différente pour les pharmacies d'officine et pour les pharmacies à usage intérieur ni de renvoyer à un décret en Conseil d'État. Nous n'en finirons pas !

J'estime que pour ces deux types de structures, la rupture d'approvisionnement est caractérisée par l'incapacité de délivrer les médicaments nécessaires à la prise en charge des patients. Sans mauvais jeu de mots, une telle définition est sans doute plus générique, mais elle est aussi plus robuste. *(Sourires.)*

L'avis est défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 773 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 554 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 293, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 8 et 10

Après le mot :

rupture

insérer les mots :

ou de risque de rupture

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à étendre la possibilité, pour le Gouvernement, de prendre des mesures d'épargne de médicaments telles que l'obligation de recourir à l'ordonnance de dispensation conditionnelle ou la limitation des prescriptions par téléconsultation, en cas de simple risque de rupture.

Ces dispositions visent à favoriser une meilleure anticipation des tensions d'approvisionnement et l'intervention de mesures d'épargne le plus en amont possible des ruptures d'approvisionnement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. La notion de risque de rupture n'est pas définie. Les sondages réalisés auprès de vos confrères pharmaciens, madame la rapporteure, indiquent qu'ils estiment être en risque de rupture dès lors qu'ils anticipent que le grossiste-répartiteur ne va pas les livrer, alors que dans une situation normale, ils ne se considéreraient pas en risque de rupture.

La semaine dernière, un syndicat pharmaceutique a indiqué que 70 % à 80 % des pharmaciens avaient connu des risques de rupture. Une telle déclaration suscite le même type de réaction que les courses à l'essence durant les pénuries d'essence : les patients se rendent directement à la pharmacie pour se protéger.

Je crains donc que cette notion intermédiaire contribue à créer davantage de flou. Je suis confus de cette succession d'avis défavorables, qui n'emportent pas un large soutien de cette assemblée, mais encore une fois, l'avis est tristement défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je partage votre avis, mais pas votre tristesse, monsieur le ministre ! *(Sourires.)*

Je souhaite revenir sur les téléconsultations.

Comme Émilienne Poumirol l'a rappelé, nous estimons nécessaire d'encadrer les téléconsultations. En revanche, il ne nous paraît pas justifié, alors que ces téléconsultations sont autorisées, de limiter plus particulièrement la prescription de médicaments dans ce cadre que dans celui d'une consultation physique au motif qu'il y aurait une pénurie de médicaments.

Un patient peut avoir de très bonnes raisons, notamment d'éloignement, de privilégier la téléconsultation. Pourquoi serait-il discriminé en termes d'accès aux médicaments en situation de tension ? Je m'interroge du reste sur le fondement juridique d'une telle discrimination.

Telles sont les raisons pour lesquelles le groupe socialiste est défavorable à l'amendement n° 293.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'interdiction de prescription par téléconsultation ne concerne que les antibiotiques, hormis ceux qui sont utilisés en prophylaxie.

Cette interdiction fait partie des mesures visant à lutter contre l'antibiorésistance, dont on parle beaucoup. De plus, cher docteur, la prescription d'antibiotiques doit faire suite à un examen clinique.

Enfin, monsieur le ministre, l'alinéa 11 de l'article 33 évoque bien des « cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement ».

M. Aurélien Rousseau, ministre. Touché ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 293.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 292 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1176 rectifié est présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigal, MM. Méryllou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. Alinéa 8, première phrase

Supprimer les mots :

ou la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions prévues à l'article L. 5123-8

II. Alinéa 9

Supprimer les mots :

ou mentionnés sur la liste établie en application du second alinéa de l'article L. 5123-8

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 292.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement.

Le sujet est d'importance en officine. Sans entrer dans le détail des raisons qui conduisent la commission à proposer cet amendement, il semble compliqué de distribuer à l'unité des médicaments, alors que ces derniers sont en rupture d'approvisionnement...

En outre, il est difficile de dispenser à l'unité de nombreux remèdes pédiatriques, qui prennent souvent la forme de sirops.

En revanche, je suis favorable à l'idée émise par le Gouvernement de demander aux industriels de faire évoluer le conditionnement de leurs médicaments, en particulier des antibiotiques, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Globalement, notamment pour les antibiotiques, les conditionnements correspondent à peu près aux prescriptions. Cela étant, peut-être serait-il pertinent pour le patient – cela relève du dialogue entre le médecin et le pharmacien –, au lieu de prescrire un comprimé matin et soir pendant sept jours, d'en prescrire un matin et soir pendant six jours, soit une seule boîte de douze gélules.

Pour ces raisons, entre autres, la commission propose la suppression de la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation de médicaments à l'unité.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1176 rectifié.

Mme Émilienne Poumirol. Par cet amendement, nous proposons également de supprimer la possibilité de délivrer les médicaments à l'unité.

En France, la chaîne du médicament ne semble pas prête à mettre en place ce nouveau modèle de délivrance. En effet, il faudrait repenser l'intégralité du système de distribution du médicament et revoir, par exemple, les chaînes de production ou le principe de facturation à l'unité.

Les comprimés sont conditionnés sous la forme de *blisters*. Pour en délivrer à l'unité, les pharmaciens devraient donc découper ces derniers et imprimer la notice d'information qui se trouve dans la boîte. De plus, le dosage exact de chaque comprimé ne serait pas toujours indiqué. Cela pose problème pour la traçabilité. En outre, il existe des risques iatrogènes, qui m'importent particulièrement.

Chaque année en France, plus de 10 000 personnes meurent d'effets iatrogènes et plus de 130 000 personnes sont hospitalisées à cause d'une mauvaise utilisation de médicaments.

Corinne Imbert vient de le rappeler, la plupart des traitements chroniques reposent sur des boîtes de trente ou de quatre-vingt-dix comprimés, tandis que la plupart des conditionnements d'antibiotiques sont adaptés à des traitements de six jours, ou de cinq jours pour les macrolides.

Le gain que l'on ferait en autorisant la délivrance à l'unité serait marginal, mais les risques encourus, notamment iatrogènes, seraient importants.

Lorsque j'étais médecin, rien ne m'angoissait plus que de voir des patients placer tous leurs comprimés dans une même boîte et prendre le rose, le blanc puis le jaune, sans savoir ce qu'ils prenaient.

Le risque iatrogène est important, il ne faut pas l'ignorer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. J'ai bien conscience que cette disposition est un peu déclamatoire. La dispensation à l'unité est très complexe pour les officines, pour des raisons d'organisation matérielle. Il faudrait ainsi qu'elles fassent des photocopies des notices.

La commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments avait évoqué cette disposition, mais elle ne l'avait pas retenue dans les recommandations qu'elle a formu-

lées dans son excellent rapport. Je m'en souviens, j'en avais discuté avec Laurence Cohen et Sonia de La Provôté, que j'avais reçues.

Cette mesure est davantage un signal envoyé qu'une réelle obligation, et j'admets avec vous que sa rédaction est quelque peu martiale.

Des pays parviennent, bien mieux que nous, à distribuer les médicaments à l'unité. Cela supposerait d'embarquer bien plus en amont les industriels.

Même si je comprends les risques liés à l'iatrogénie et les difficultés d'ordre pratique, j'émet un avis défavorable sur ces amendements de suppression, car il faut montrer que l'on essaie d'utiliser différents leviers.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Dans les officines, on ne trouve pas de conditionnements de cent gélules ou comprimés. Les conditionnements sont déjà à peu près adaptés. Mme Poumirol l'a indiqué, la mesure n'a pas de sens pour les traitements chroniques.

Par ailleurs, l'Europe a imposé la sérialisation des médicaments soumis à prescription obligatoire, dont les antibiotiques et les corticoïdes. Au prétexte qu'il existe des risques de rupture ou des ruptures effectives, on passerait outre ?

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 292 et 1176 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 774 rectifié est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, MM. Parigi et Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 926 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1177 est présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 10

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 774 rectifié.

Mme Anne Souyris. Ce PLFSS 2024 prévoit la possibilité d'interdire la prescription par un acte de télémedecine de certains médicaments en situation de pénurie. Cette mesure est nuisible à notre système de santé.

Tout d'abord, les pénuries de médicaments s'enchaînent, ce qui fait craindre des risques pour notre santé.

Ensuite, les déserts médicaux se multiplient. En France, 30 % de la population vit dans un désert médical et 6,7 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant. La téléconsultation est bien souvent le seul recours pour des personnes éloignées des soins.

La mesure proposée constitue une double peine pour celles et ceux qui, éloignés des structures de soins, ont recours à la téléconsultation et ne pourront plus se voir prescrire des médicaments en situation de pénurie, à la différence des patients et patientes des consultations classiques, qui auront accès aux derniers traitements disponibles sur le marché.

La population n'a pas à payer le prix des pénuries, souvent organisées par des industries pharmaceutiques d'abord soucieuses des profits engendrés, au détriment de l'accès aux soins pour toutes et tous.

Nous proposons donc de supprimer cette disposition.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 926.

Mme Céline Brulin. Nous proposons également de supprimer la possibilité d'interdire la prescription de médicaments en télémédecine en cas de pénurie.

On imagine mal comment les médecins pourraient se voir interdire de prescrire en situation de téléconsultation. Comme vient de le dire notre collègue, une telle mesure s'apparente à une double peine pour certains patients qui, en plus de devoir recourir à la téléconsultation, faute de médecins, se verraient privés de prescriptions médicales.

Nous proposons la suppression de cette disposition.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1177.

Mme Émilienne Poumirol. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Défavorable. La commission a jugé cette mesure utile, notamment pour répondre aux difficultés d'approvisionnement.

Le dispositif ne revient pas à interdire les prescriptions de tous les médicaments par téléconsultation. Il est toutefois pertinent, pour certains médicaments, de réserver la prescription à la suite d'un examen clinique, comme je l'indiquais tout à l'heure à Bernard Jomier.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Défavorable, pour les raisons que vient d'invoquer la rapporteure.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 774 rectifié, 926 et 1177.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 1365, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 11

Supprimer le mot :

toutes

II. – Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La nature des mesures de police sanitaire mentionnées au premier alinéa et les conditions dans lesquelles le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut les prendre sont fixées par décret en Conseil d'État pris après consultation du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, des organisations syndicales nationales mentionnées à l'article L. 162-8 du code de la sécurité sociale et des représentants des grossistes-répartiteurs. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à prévoir qu'un décret en Conseil d'État fixe la liste des mesures de police sanitaire que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut prendre en situation de rupture ou de risque de rupture – pardonnez-moi, monsieur le ministre ! –, ainsi que les conditions dans lesquelles elle peut les prendre.

Ce décret sera pris après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, des représentants des industriels et des grossistes-répartiteurs.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Le Gouvernement considère que la loi accorde déjà au directeur général de l'ANSM le pouvoir direct de prendre ces mesures. L'agence doit pouvoir agir rapidement, y compris à l'aide de mesures de police sanitaire que le Gouvernement n'aurait pas identifiées.

Un décret en Conseil d'État ne prévoirait pas tous les cas et serait nécessairement limité. Pour cette raison, il ne semble pas constituer la bonne solution.

Par ailleurs, l'ANSM ne fera pas n'importe quoi en matière de police sanitaire, car elle dialogue constamment avec toutes les parties prenantes.

Un décret en Conseil d'État, même si je comprends l'importance de solliciter l'ordre des pharmaciens, ne me semble donc pas nécessaire. J'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1365.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 33, modifié.

(L'article 33 est adopté.)

Après l'article 33

Mme la présidente. L'amendement n° 1159, présenté par MM. Iacovelli et Patriat, Mme Nadille, MM. Théophile, Bitz, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Haye, Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Mohamed Soilihi, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch et Mme Schillinger, est ainsi libellé :

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « ordonnance » sont insérés les mots : « ou sur un formulaire dédié » ;

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

« Lors de la prescription, le recours à un formulaire dédié, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé afin d'attester le respect des dispositions prévues au premier alinéa. Ce document est à présenter au pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées. Il peut être dérogé en tant que de besoin pour la mise en œuvre du présent alinéa aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs, prévues aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre. »

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Au-delà des considérations financières, le mésusage des produits de santé est à l'origine de nombreux problèmes de santé publique, notamment lorsque des médicaments ou des dispositifs médicaux sont prescrits à des personnes en dehors des indications prévues par l'ANSM ou la HAS.

En invitant le prescripteur à mettre en regard ses prescriptions avec des référentiels, cet amendement vise à créer une procédure permettant de faire correspondre la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments ou de dispositifs médicaux avec des indications de prescription, afin d'éviter que ces produits ne soient prescrits à des patients non concernés.

Pour cela, le prescripteur devra renseigner des éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription lorsque le produit présente un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.

La procédure se veut simple et rapide : il s'agirait d'effectuer un contrôle de quelques critères facilement vérifiables, déjà renseignés sur la carte Vitale, par exemple le sexe ou l'âge du patient, ou encore la spécialité du prescripteur. Un téléservice pourra être mis en place pour alléger la procédure.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 1374, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 1159, alinéa 6, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Le recours au formulaire mentionné au premier alinéa, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé lors d'une primo-prescription réalisée par un médecin spécialiste.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous proposons de limiter la mesure aux primo-prescriptions réalisées par les médecins spécialistes.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 1159 et défavorable au sous-amendement n° 1374.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ce n'est pas bien ! (Sourires.)

M. Aurélien Rousseau, ministre. S'il était adopté, le sous-amendement aurait pour effet de réduire le champ et la portée de la mesure. Mais je sens que le Gouvernement ne sera pas soutenu sur cette question... (Sourires.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Alors que nos jeunes médecins et nos internes demandent que l'on réduise leurs charges administratives afin qu'ils puissent gagner du temps médical, cette charge étant l'une des causes majeures du manque d'attractivité de la médecine générale, on envisage de leur ajouter une charge de travail !

La mesure proposée donne l'impression que l'on ne fait pas confiance aux médecins, qu'ils prescriraient sans réfléchir, comme s'ils n'étaient pas capables de respecter les conditions recommandées.

Nous ne sommes pas favorables à cet amendement, c'est le moins qu'on puisse dire.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si nous proposons d'encadrer la mesure et de la réserver aux primo-prescriptions par le médecin spécialiste, c'est pour ne pas accroître la charge administrative des médecins généralistes.

On peut imaginer que les primo-prescriptions, notamment des médicaments à fort enjeu financier, sont réalisées par des médecins spécialistes. Les généralistes, eux, s'occupent du renouvellement des traitements. Ne leur demandons pas à eux aussi de cocher les cases du formulaire, aussi simple et facile soit-il à remplir !

L'accord préalable de l'assurance maladie fait déjà attendre le patient ; les ordonnances permettent un contrôle *a posteriori* des prescriptions. Cette mesure peut être utile, mais elle doit être simple.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je comprends qu'il faille faire simple. Le téléservice proposé pourrait d'ailleurs être simple.

La mesure proposée par M. Iacovelli vise les 15 % à 20 % de médicaments qui sont prescrits en dehors de leur indication thérapeutique. Le problème relève beaucoup des médecins généralistes : je pense par exemple à la prescription d'antidiabétiques utilisés comme coupe-faim. (Mme Émilienne Poumirol en convient.)

Il s'agit, par ce dispositif très rapide, de responsabiliser un peu plus les médecins. Les volumes concernés ne sont pas « epsilonques ». Je comprends les arguments avancés, mais la mesure proposée ne semble pas déraisonnable eu égard à l'intérêt qu'elle revêt en termes de maîtrise de la dépense, de pertinence des soins et de santé publique.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1374.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1159, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33.

Article 34

- ① L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La deuxième phrase du I est ainsi modifiée :
- ③ a) Les mots : « pour les actes innovants » sont supprimés ;
- ④ b) Sont ajoutés les mots : « , dans la limite de dix-huit mois » ;
- ⑤ 2° À la fin de la dernière phrase du premier alinéa du II et à la seconde phrase du second alinéa du III, les mots : « , renouvelable une fois pour les évaluations complexes » sont supprimés ;
- ⑥ 3° Le second alinéa du II est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Peuvent proposer à la Haute Autorité de santé de s'autosaisir de l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation, selon des modalités définies par voie réglementaire :
- ⑧ « 1° Les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ;
- ⑨ « 2° Les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code ;
- ⑩ « 3° L'exploitant, au sens du I de l'article L. 165-1-1-1 du présent code, d'un produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, lorsque ce produit est, d'une part, porteur de l'action thérapeutique ou diagnostique de l'acte à évaluer et, d'autre part, à usage collectif. »

Mme la présidente. L'amendement n° 294, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cet amendement, nous proposons de maintenir le renouvellement possible de la prise en charge provisoire des actes professionnels pour une période de trois ans.

Les actes innovants peuvent faire l'objet d'une inscription provisoire à la nomenclature pour une période initiale de trois ans, qui laisse le temps de recueillir les données nécessaires à une prise en charge pérenne.

L'article 34 a ouvert cette inscription sur la liste provisoire à tous les actes, y compris à ceux qui sont moins innovants. Il supprimait aussi initialement le renouvellement possible du délai de trois ans, l'adoption d'un amendement ayant finalement permis un renouvellement de dix-huit mois.

Après avoir interrogé la Haute Autorité de santé, il apparaît que ce nouveau délai de dix-huit mois reste insuffisant dans certaines situations. Confirmer ou non la prise en charge pérenne des actes suppose parfois de recueillir de nouvelles données en vie réelle sur cinq ans.

Cet amendement vise ainsi à maintenir le droit existant.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Madame la rapporteure, vous reprenez l'argument de la Haute Autorité de santé sur ce délai. Je le comprends, mais sous l'égide de la rapporteure

générale à l'Assemblée nationale, ce délai avait été fixé, par un jugement de Salomon, à dix-huit mois, ce qui nous semble équilibré. Il s'agit d'exercer une pression sur la HAS et d'éviter un allongement des dispositifs provisoires.

J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 294.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 295, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Supprimer les mots :

à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du II et

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à conserver le délai supplémentaire dont dispose la Haute Autorité de santé pour rendre son avis sur l'inscription d'un acte aux nomenclatures, lorsque l'évaluation présente une complexité particulière.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Il ne sera donc pas dit que la HAS n'est pas une autorité indépendante *(Sourires.)*

Le raisonnement est le même que précédemment : même si le maintien du délai est plus confortable pour la HAS, il est moins pour l'accès aux autorisations définitives.

J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 295.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article 34 bis (nouveau)

① L'avant-dernier alinéa du C du V de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « Les prescripteurs recueillent les données de suivi des patients traités, selon des modalités définies par décret. Ces données sont transmises, dans des conditions assurant le respect du secret médical, au Comité économique des produits de santé ainsi qu'à l'entreprise titulaire des droits d'exploitation, à l'entreprise assurant l'importation parallèle ou à l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament. L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament participe en tout ou partie au financement du recueil des données. »

Mme la présidente. L'amendement n° 1178, présenté par Mme Poumirol, M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Redon-Sarrazy, Kerrouche, Chantrel et Lurel, Mme Bélim, MM. Jacquin, Ziane, Ouizille et Michau, Mmes Bonnefoy et Harribey, MM. Temal et Durain, Mme G. Jourda, MM. Féraud et Cardon, Mme Blatrix Contat, MM. Cozic, P. Joly et Stanzione, Mmes Conway-Mouret et Monier, MM. Chaillou, Tissot et Marie, Mme Artigalas, MM. Mérillou, Gillé et Montaugé, Mme Linkenheld et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 2, dernière phrase

Remplacer les mots :

en tout ou partie

par le mot :

intégralement

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement a pour objet de préciser que, dans le cadre de l'évaluation des traitements innovants, la prise en charge financière du recueil des données revient intégralement à l'entreprise titulaire des droits d'exploitation, à l'entreprise assurant l'importation parallèle ou à l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament.

Nous sommes favorables à la simplification de la collecte des données et à la réduction de la charge de saisie des données par les établissements de santé grâce à la standardisation des outils de recueil. Il nous apparaît toutefois important que le recueil des données d'efficacité visant à évaluer la performance des nouveaux médicaments reste assuré par les industriels.

Les établissements de santé ne disposent pas des moyens suffisants pour assurer cette tâche supplémentaire. La réduction persistante des moyens qui leur sont accordés nécessite d'indiquer clairement que ce recueil ne leur incombera pas financièrement.

L'Institut national du cancer (INCa) demande également de veiller à ce que ces sommes, versées au budget général de l'hôpital, soient bien affectées par la direction de l'hôpital à la recherche et à l'évaluation des données, ainsi qu'au financement de postes de chercheurs plutôt que de cliniciens.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

L'article 34 *bis* permet l'utilisation de bases publiques contenant des données utiles afin de vérifier l'efficacité en vie réelle de médicaments de thérapie innovante. Une telle évolution me semble souhaitable. La participation des entreprises au financement du recueil des données peut demeurer partielle.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Premièrement, nous n'allons pas faire peser la même charge sur tous les établissements de santé, puisque l'AP-HP assurera gratuitement l'accès à la base de données et la maintenance du dispositif.

Deuxièmement, si l'on insérait dans l'article l'adverbe « intégralement », ces données ne seraient plus publiques, puisque les entreprises les financeraient entièrement. Nous considérons qu'il faut maintenir le *leadership* public en matière de recueil des données. Si les entreprises finançaient exclusivement le dispositif, elles auraient davantage de prise sur ces données.

Je préfère le dispositif prévu dans l'article, à savoir une banque collective de données publiques, un rôle spécifique accordé à l'AP-HP et un financement partiel possible par l'industrie.

Mme la présidente. Madame Poumirol, l'amendement n° 1178 est-il maintenu ?

Mme Émilienne Poumirol. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1178 est retiré.

Je mets aux voix l'article 34 *bis*.

(L'article 34 *bis* est adopté.)

Après l'article 34 *bis*

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 133 rectifié *quater* est présenté par MM. Milon, Burgoa, J.B. Blanc et Khalifé, Mmes Demas et Petrus et M. Sol.

L'amendement n° 406 rectifié *ter* est présenté par Mmes Lassarade et Berthet, MM. Anglars, Panunzi et Cadec, Mme Dumont, MM. Brisson et Bouchet, Mme M. Mercier, MM. Houpert, Bruyen et Allizard, Mmes Micouleau et Gosselin, M. Lefèvre, Mme Aeschli-mann, MM. Saury et Mandelli, Mmes Belhiti et Bonfanti-Dossat et MM. Gremillet, Sido et Rapin.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 34 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et des investissements réalisés sur le territoire national par l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament, y compris sous forme de partenariats avec des organismes de recherche ».

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 133 rectifié *quater*.

M. Alain Milon. En juillet 2021, le Gouvernement présentait le plan Innovation Santé 2030, qui avait pour but de remettre la France sur le devant de la scène mondiale en matière d'innovation en santé et de permettre à l'ensemble des patients français de bénéficier des derniers traitements.

Dans cette compétition mondiale, la France a donc fait le choix de soutenir l'innovation afin de rester une terre d'accueil des révolutions médicales de demain. Plusieurs mécanismes ont été pour cela mis en place, ou doivent encore l'être, afin de faciliter l'accès des patients aux traitements innovants.

Pour autant, pour concevoir ces traitements nouveaux, l'écosystème de recherche et de développement a encore besoin d'un réel accompagnement pour que les ambitions affichées puissent pleinement se concrétiser.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale 2022, le législateur avait introduit un mécanisme de protection du marché français contre les pénuries de médicaments en imposant une prise en compte de l'implantation des lieux de production des médicaments dans le calcul de leur prix. Or la souveraineté se joue également dans notre capacité à innover, à inventer les médicaments de demain, et non uniquement à produire ceux d'aujourd'hui.

Sur ce même modèle, afin de favoriser les investissements sur le territoire national dans la recherche médicale, nous proposons de prendre en compte ces derniers dans le calcul du prix des médicaments qu'ils permettent *in fine* de développer.

L'adoption de cet amendement n'entraînerait par ailleurs pas de charge nouvelle pour les finances sociales. Le dispositif permet d'adapter les critères de constitution des prix, afin d'en valoriser certains aspects au détriment d'autres.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour présenter l'amendement n° 406 rectifié *ter*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

Les critères de constitution des prix, aujourd'hui fixés par le code de la santé publique, comprennent effectivement l'amélioration du service médical rendu, mais également, selon une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 que nous avons soutenue ensemble, mon cher collègue, la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production en France ou en Union européenne.

Ainsi, le prix du médicament tient déjà compte des investissements productifs réalisés par les entreprises en France pour ces mêmes médicaments.

L'amendement vise à prendre en compte les investissements de tous types réalisés par les entreprises en France, y compris en matière de recherche. S'il était adopté, cela reviendrait à tenir compte pour la fixation du prix de critères indépendants du médicament lui-même, de sa sécurité d'approvisionnement et de son apport thérapeutique.

Cela ne nous semble pas souhaitable, car cela pourrait entraîner une hausse importante du coût des médicaments. En outre, les investissements réalisés ne garantissent pas une amélioration du service médical rendu.

La commission demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Aurélien Rousseau, ministre. Je partage en tout point les propos de la rapporteure. Je crains que ce dispositif n'introduise un biais.

Il serait bien difficile de distinguer ce qui, dans la recherche et le développement, a fini par permettre la mise au point de tel ou tel médicament. Nous serions alors totalement entre les mains de l'industriel.

D'autres leviers, dont certains seront contestés sur une partie de vos travées, existent pour inciter les industriels à investir en France. L'évaluation du service médical rendu doit demeurer au cœur du calcul du prix du médicament. Il convient de ne pas trop diluer les critères pris en compte.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 133 rectifié *quater* et 406 rectifié *ter*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous avons examiné 239 amendements au cours de la journée ; il en reste 225 à étudier sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

8

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, vendredi 17 novembre 2023 :

À neuf heures trente, le soir et la nuit :

Suite du projet de loi, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2024 (texte n° 77, 2023-2024).

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 17 novembre 2023, à zéro heure trente.)

*Pour le Directeur des comptes rendus du Sénat,
le Chef de publication*

FRANÇOIS WICKER

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du jeudi 16 novembre 2023

SCRUTIN N° 47

sur l'amendement n° 260, présenté par Mme Corinne Imbert au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	322
Pour	184
Contre	138

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (133) :

Pour : 130

Contre : 2 Mme Laurence Garnier, M. Alain Milon

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Contre : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (56) :

Pour : 54

Contre : 2 Mme Nathalie Goulet, M. Jean-Marie Vanlerenberghe

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (22) :

Contre : 19

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Dominique Théophile, Président de séance, M. Olivier Bitz *, Mme Samantha Cazebonne *

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Contre : 18

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (18) :

Abstentions : 18

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (17) :

Contre : 17

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Contre : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Marie-Do Aeschlimann	Patrick Chauvet	Christine Herzog
Pascal Allizard	Guillaume Chevrollier	Jean Hingray
Jean-Claude Anglars	Marta de Cidrac	Alain Houpert
Jocelyne Antoine	Olivier Cigolotti	Jean-Raymond Hugonet
Jean-Michel Arnaud	Marie-Carole Ciuntu	Jean-François Husson
Jean Bacci	Édouard Courtial	Corinne Imbert
Jean-Pierre Bansard	Pierre Cuypers	Annick Jacquemet
Philippe Bas	Mathieu Darnaud	Micheline Jacques
Arnaud Bazin	Marc-Philippe Daubresse	Lauriane Josende
Bruno Belin	Vincent Delahaye	Else Joseph
Nadine Bellurot	Bernard Delcros	Muriel Jourda
Catherine Belrhiti	Patricia Demas	Alain Joyandet
Martine Berthet	Stéphane Demilly	Roger Karoutchi
Annick Billon	Chantal Deseyne	Claude Kern
Étienne Blanc	Brigitte Devésa	Khalifé Khalifé
Jean-Baptiste Blanc	Franck Dhersin	Christian Klinger
Yves Bleunven	Catherine Di Folco	Sonia de La Provôté
Christine Bonfanti-Dossat	Élisabeth Doineau	Laurent Lafon
François Bonhomme	Sabine Drexler	Marc Laménie
François Bonneau	Alain Duffourg	Florence Lassarade
Philippe Bonnacarrère	Catherine Dumas	Michel Laugier
Michel Bonnus	Françoise Dumont	Daniel Laurent
Alexandra Borchio	Laurent Duplomb	Christine Lavarde
Fontimp	Dominique Estrosi Sassone	Antoine Lefèvre
Gilbert Bouchet	Jacqueline Eustache-Brinio	Dominique de Legge
Yves Bouloux	Agnès Evren	Ronan Le Gleut
Jean-Marc Boyer	Daniel Fargeot	Henri Leroy
Valérie Boyer	Gilbert Favreau	Stéphane Le Rudulier
Max Brisson	Isabelle Florennes	Pierre-Antoine Levi
Christian Bruyen	Philippe Folliot	Anne-Catherine Loisier
François-Noël Buffet	Christophe-André Frassa	Jean-François Longeot
Laurent Burgoa	Amel Gacquerre	Vivette Lopez
Alain Cadec	Françoise Gatel	Viviane Malet
Olivier Cadic	Fabien Genet	Didier Mandelli
Guislain Cambier	Frédérique Gerbaud	Hervé Marseille
Christian Cambon	Béatrice Gosselin	Pascal Martin
Agnès Canayer	Sylvie Goy-Chavent	Pauline Martin
Michel Canévet	Daniel Gremillet	Hervé Maurey
Vincent Capocanellas	Jacques Grosperin	Thierry Meignan
Marie-Claire Carrère-Gée	Pascale Gruny	Franck Menonville
Alain Cazabonne	Daniel Gueret	Marie Mercier
Anne Chain-Larché	Jocelyne Guidez	Damien Michallet
Patrick Chaize	Olivier Henno	Brigitte Micouleau
Alain Chatillon	Loïc Hervé	Jean-Marie Mizzon
		Albéric de Montgolfier

Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus

Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Sophie Primas
Frédérique Puissat
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
Jean-Luc Ruelle

Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel

Pierre Jean Rochette
Pierre-Jean Verzelen
Louis Vogel
Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Dominique
Théophile,
Président de séance

Olivier Bitz *
Samantha
Cazebonne *
Aymeric Durox
Joshua Hochart

Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

* M. Olivier Bitz et Mme Samantha Cazebonne ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 48

sur l'amendement n° 481 rectifié ter, présenté par M. Alexandre Ouizille et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	337
Pour	75
Contre	262

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (133) :

Contre : 132

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 23 Mmes Florence Blatrix Contat, Nicole Bonnefoy, M. Hussein Bourgi, Mmes Marion Canalès, Catherine Conconne, Hélène Conway-Mouret, Frédérique Espagnac, MM. Jean-Luc Fichet, Hervé Gillé, Patrice Joly, Mmes Gisèle Jourda, Annie Le Houerou, Monique Lubin, MM. Victorin Lurel, Serge Mérillou, Franck Montaugé, Mme Corinne Narassiguin, MM. Alexandre Ouizille, David Ros, Lucien Stanzione, Jean-Claude Tissot, Michaël Weber, Adel Ziane

Contre : 41

GRUPE UNION CENTRISTE (56) :

Pour : 1 Mme Nathalie Goulet

Contre : 55

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (22) :

Contre : 19

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Dominique Théophile, Président de séance, M. Olivier Bitz ****, Mme Samantha Cazebonne ****

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (18) :

Pour : 3 M. Daniel Chasseing, Mme Marie-Claude Lermytte, M. Dany Wattebled

Ont voté contre :

Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Jérémy Bacchi
Pierre Barros
Audrey Bélim
Guy Benarroche
Christian Bilhac
Grégory Blanc
Florence Blatrix Contat
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Denis Bouad
Hussein Bourgi
Isabelle Briquet
Ian Brossat
Colombe Brossel
Céline Brulin
Bernard Buis
Frédéric Buval
Henri Cabanel
Marion Canalès
Rémi Cardon
Marie-Arlette Carlotti
Maryse Carrère
Christophe Chaillou
Yan Chantrel
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Evelyne Corbière
Naminzo
Jean-Pierre Corbisez
Thierry Cozic
Cécile Cukierman
Karine Daniel
Ronan Dantec
Jérôme Darras
Raphaël Daubet
Nathalie Delattre
Gilbert-Luc Devinaz
Thomas Dossus
Jérôme Durain
Nicole Duranton
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Sébastien Fagnen
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jacques Fernique

Bernard Fialaire
Jean-Luc Fichet
Stéphane Fouassin
Laurence Garnier
Fabien Gay
Hervé Gillé
Annick Girardin
Éric Gold
Guillaume Gontard
Nathalie Goulet
Michelle Gréaume
Philippe Grosvalet
Jean-Noël Guérini
Antoinette Guhl
Véronique Guillotin
André Guiol
Laurence Harribey
Nadège Havet
Ludovic Haye
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Yannick Jadot
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Mikaele Kulimoetoko
Marie-Pierre de La Gontrie
Gérard Lahellec
Ahmed Laouedj
Annie Le Houerou
Jean-Baptiste Lemoine
Martin Lévrier
Audrey Linkenheld
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Monique de Marco
Marianne Margaté
Didier Marie
Michel Masset
Akli Mellouli
Serge Mérillou
Jean-Jacques Michau
Alain Milon

Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Solanges Nadille
Corinne Narassiguin
Mathilde Ollivier
Saïd Omar Oili
Alexandre Ouizille
Pierre Ouzoulias
Guylène Pantel
Paul Toussaint Parigi
Georges Patient
François Patriat
Marie-Laure Phinera-Horth
Sebastien Pla
Raymonde Poncet
Monge
Émilienne Poumirol
Didier Rambaud
Claude Raynal
Christian Redon-Sarrazy
Sylvie Robert
Teva Rohfritsch
Pierre-Alain Roiron
David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Anne Souyris
Lucien Stanzione
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Jean-Marie Vanlerenberghe
Marie-Claude Varailas
Jean-Marc Vayssouze-Faure
Mélanie Vogel
Michaël Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

Abstentions :

Corinne Bourcier
Jean-Luc Brault
Emmanuel Capus
Daniel Chasseing
Cédric Chevalier

Laure Darcos
Jean-Pierre Grand
Joël Guerriau
Marie-Claude Lermytte

Vincent Louault
Claude Malhuret
Alain Marc
Pierre Médevielle
Vanina Paoli-Gagin

Contre : 15

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (17) :

Pour : 17

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 13

Abstentions : 3 Mme Nathalie Delattre, M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin *

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Frédérique Espagnac	Akli Mellouli
Jérémy Bacchi	Jacques Fernique	Serge Mérillou
Pierre Barros	Jean-Luc Fichet	Franck Montaugé
Guy Benarroche	Fabien Gay	Corinne Narassiguin
Christian Bilhac	Hervé Gillé	Mathilde Ollivier
Grégory Blanc	Annick Girardin	Alexandre Ouizille
Florence Blatrix	Éric Gold	Pierre Ouzoulias
Contat	Guillaume Gontard	Guyène Pantel
Éric Bocquet	Nathalie Goulet	Paul Toussaint Parigi
Nicole Bonnefoy	Michelle Gréaume	Raymonde Poncet
Hussein Bourgi	Philippe Grosvalet	Monge
Ian Brossat	Jean-Noël Guérini	David Ros
Céline Brulin	Antoinette Guhl	Jean-Yves Roux
Henri Cabanel	André Guiol	Daniel Salmon
Marion Canalès	Yannick Jadot	Pascal Savoldelli
Maryse Carrère	Patrice Joly	Ghislaine Senée
Daniel Chasseing	Gisèle Jourda	Silvana Silvani
Catherine Conconne	Gérard Lahellec	Anne Souyris
Hélène Conway-Mouret	Ahmed Laouedj	Lucien Stanzone
Evelyne Corbière	Annie Le Houerou	Jean-Claude Tissot
Naminzo	Marie-Claude Lermytte	Marie-Claude Varaillas
Jean-Pierre Corbisez	Monique Lubin	Mélanie Vogel
Cécile Cukierman	Victorin Lurel	Dany Wattedled
Ronan Dantec	Monique de Marco	Michaël Weber
Raphaël Daubet	Marianne Margaté	Robert Wienie Xowie
Thomas Dossus	Michel Masset	Adel Ziane

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann	Gilbert Bouchet	Anne Chain-Larché
Pascal Allizard	Yves Bouloux	Patrick Chaize
Jean-Claude Anglars	Corinne Bourcier	Yan Chantrel
Jocelyne Antoine	Jean-Marc Boyer	Alain Chatillon
Jean-Michel Arnaud	Valérie Boyer	Patrick Chauvet
Viviane Artigalas	Jean-Luc Brault	Cédric Chevalier
Jean Bacci	Isabelle Briquet	Guillaume Chevrollier
Jean-Pierre Bansard	Max Brisson	Marta de Cidrac
Philippe Bas	Colombe Brossel	Olivier Cigolotti
Arnaud Bazin	Christian Bruyen	Marie-Carole Ciuntu
Audrey Bélim	François-Noël Buffet	Édouard Courtial
Bruno Belin	Bernard Buis	Thierry Cozic
Nadine Bellurot	Laurent Burgoa	Pierre Cuypers
Catherine Belrhiti	Frédéric Buval	Karine Daniel
Martine Berthet	Alain Cadec	Laure Darcos
Annick Billon	Olivier Cadic	Mathieu Darnaud
Étienne Blanc	Guislain Cambier	Jérôme Darras
Jean-Baptiste Blanc	Christian Cambon	Marc-Philippe Daubresse
Yves Bleunven	Agnès Canayer	Vincent Delahaye
Christine Bonfanti-Dossat	Michel Canévet	Bernard Delcros
François Bonhomme	Vincent Capocanellas	Patricia Demas
François Bonneau	Emmanuel Capus	Stéphane Demilly
Philippe Bonnacarrère	Rémi Cardon	Chantal Deseyne
Michel Bonnus	Marie-Arlette Carloti	Brigitte Devésa
Alexandra Borchio	Marie-Claire Carrère-Gée	Gilbert-Luc Devinaz
Fontimp	Alain Cazabonne	Franck Dhersin
Denis Bouad	Christophe Chaillou	Catherine Di Folco
		Élisabeth Doineau

Sabine Drexler	Marie-Pierre de La Gontrie
Alain Duffourg	Sonia de La Provôté
Catherine Dumas	Laurent Lafon
Françoise Dumont	Marc Laménie
Laurent Duplomb	Florence Lassarade
Jérôme Durain	Michel Laugier
Nicole Duranton	Daniel Laurent
Vincent Éblé	Christine Lavarde
Dominique Estrosi Sassone	Antoine Lefèvre
Jacqueline Eustache-Brinio	Dominique de Legge
Agnès Evren	Ronan Le Gleut
Sébastien Fagnen	Jean-Baptiste Lemoyne
Daniel Fargeot	Henri Leroy
Gilbert Favreau	Stéphane Le Rudulier
Rémi Féraud	Pierre-Antoine Levi
Corinne Féret	Martin Lévrier
Isabelle Florennes	Audrey Linkenheld
Philippe Folliot	Anne-Catherine Loisier
Stéphane Fouassin	Jean-François Longeot
Christophe-André Frassa	Vivette Lopez
Amel Gacquerre	Vincent Louault
Laurence Garnier	Jean-Jacques Lozach
Françoise Gatel	Viviane Malet
Fabien Genet	Claude Malhuret
Frédérique Gerbaud	Didier Mandelli
Béatrice Gosselin	Alain Marc
Sylvie Goy-Chavent	Didier Marie
Jean-Pierre Grand	Hervé Marseille
Daniel Gremillet	Pascal Martin
Jacques Groperrin	Pauline Martin
Pascale Gruny	Hervé Maurey ****
Daniel Gueret	Pierre Médevielle
Joël Guerriau	Thierry Meignen
Jocelyne Guidez	Franck Menonville
Laurence Harribey	Marie Mercier
Nadège Havet	Damien Michallet
Ludovic Haye	Jean-Jacques Michau
Olivier Henno	Brigitte Micouleau
Loïc Hervé	Alain Milon
Christine Herzog	Jean-Marie Mizzon
Jean Hingray	Thani Mohamed Soilihi
Alain Houpert	Marie-Pierre Monier **
Jean-Raymond Hugonet	Albéric de Montgolfier
Jean-François Husson	Catherine Morin-Desailly
Xavier Iacovelli	Philippe Mouiller
Corinne Imbert	Laurence Muller-Bronn
Annick Jacquemet	Solanges Nadille
Micheline Jacques	Georges Naturel
Olivier Jacquin	Anne-Marie Nédélec
Éric Jeansannetas	Louis-Jean de Nicolaj
Bernard Jomier	Sylviane Noël
Lauriane Josende	Claude Nougéin
Elsa Joseph	Saïd Omar Oïli
Muriel Jourda	Olivier Paccaud
Alain Joyandet	Jean-Jacques Panunzi
Patrick Kanner	Vanina Paoli-Gagin
Roger Karoutchi	Georges Patient
Claude Kern	François Patriat
Éric Kerrouche	Philippe Paul
Khalifé Khalifé	Jean-Gérard Paumier
Christian Klingner	
Mikaele Kulimoetoke	

Abstentions :

Nathalie Delattre, Bernard Fialaire, Véronique Guillotin *.

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat	Olivier Bitz ****	Stéphane Ravier
Dominique Théophile, Président de séance	Samantha Cazebonne ****	Christopher Szczurek
	Aymeric Durox	
	Joshua Hochart	

Cyril Pellevat
Clément Perrot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-Horth
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Sebastien Pla
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Émilienne Poumirol
Sophie Primas
Frédérique Puissat
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Claude Raynal
Christian Redon-Sarrazy
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Sylvie Robert
Pierre Jean Rochette
Teva Rohfritsch
Pierre-Alain Roiron
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
Laurence Rossignol
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Simon Uzenat
Sylvie Valente Le Hir
Mickaël Vallet
Jean-Marie Vanlerenberghe
Jean-Marc Vaysouze-Faure
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen ***
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel

* Lors de la séance du jeudi 16 novembre 2023, Mme Véronique Guillotin a fait savoir qu'elle aurait souhaité voter contre.

** Lors de la séance du vendredi 17 novembre 2023, Mme Marie-Pierre Monier a fait savoir qu'elle aurait souhaité voter pour.

*** Lors de la séance du lundi 20 novembre 2023, M. Pierre-Jean Verzelen a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

**** Lors de la séance du vendredi 24 novembre 2023, M. Hervé Maurey a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour. M. Olivier Bitz et Mme Samantha Cazebonne ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 49

sur l'amendement n° 450 rectifié quater, présenté par M. Patrice Joly et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	334
Pour	69
Contre	265

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (133) :

Contre : 132

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 23 Mmes Florence Blatrix Contat, Nicole Bonnefoy, MM. Denis Bouad, Hussein Bourgi, Mmes Marion Canalès, Catherine Conconne, MM. Thierry Cozic, Jérôme Darras, Mme Frédérique Espagnac, MM. Jean-Luc Fichet, Éric Jeansannetas, Patrice Joly, Éric Kerrouche, Mme Annie Le Houerou, MM. Victorin Lurel, Serge Méryllou, Mmes Marie-Pierre Monier, Corinne Narassiguin, MM. Sébastien Pla, Christian Redon-Sarrazy, Jean-Claude Tissot, Michaël Weber, Adel Ziane

Contre : 41

GRUPE UNION CENTRISTE (56) :

Pour : 1 Mme Nathalie Goulet

Contre : 55

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (22) :

Contre : 19

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Dominique Théophile, Président de séance, M. Olivier Bitz ***, Mme Samantha Cazebonne ***

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (18) :

Contre : 16

Abstentions : 2 M. Daniel Chasseing, Mme Marie-Claude Lermytte

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (17) :

Pour : 17

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 10

Contre : 2 M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin

Abstentions : 4 M. Raphaël Daubet, Mmes Nathalie Delattre, Annick Girardin, M. Jean-Noël Guérini

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Thomas Dossus	Marie-Pierre Monier
Jérémy Bacchi	Frédérique Espagnac	Corinne Narassiguin
Pierre Barros	Jacques Fernique	Mathilde Ollivier
Guy Benarroche	Jean-Luc Fichet	Pierre Ouzoulias
Christian Bilhac	Fabien Gay	Guylène Pantel
Grégory Blanc	Éric Gold	Paul Toussaint Parigi
Florence Blatrix	Guillaume Gontard	Sébastien Pla
Contat	Nathalie Goulet	Raymonde Poncet
Éric Bocquet	Michelle Gréaume	Monge
Nicole Bonnefoy	Philippe Grosvalet	Christian Redon-
Denis Bouad	Antoinette Guhl	Sarrazy
Hussein Bourgi	André Guiol	Jean-Yves Roux
Ian Brossat	Yannick Jadot	Daniel Salmon
Céline Brulin	Éric Jeansannetas	Pascal Savoldelli
Henri Cabanel	Patrice Joly	Ghislaine Senée
Marion Canalès	Éric Kerrouche	Silvana Silvani
Maryse Carrère	Gérard Lahellec	Anne Souyris
Catherine Conconne	Ahmed Laouedj	Jean-Claude Tissot
Evelyne Corbière	Annie Le Houerou	Marie-Claude Varailles
Naminzo	Victorin Lurel	Mélanie Vogel
Jean-Pierre Corbisez	Monique de Marco	Michaël Weber
Thierry Cozic	Marianne Margaté	Robert Wienie Xowie
Cécile Cukierman	Michel Masset	Adel Ziane
Ronan Dantec	Akli Mellouli	
Jérôme Darras	Serge Méryllou	

Ont voté contre :

Marie-Do	Michel Bonnus	Emmanuel Capus
Aeschlimann	Alexandra Borchio	Rémi Cardon
Pascal Allizard	Fontimp	Marie-Arlette Carlotti
Jean-Claude Anglars	Gilbert Bouchet	Marie-Claire Carrère-
Jocelyne Antoine	Yves Bouloux	Gée
Jean-Michel Arnaud	Corinne Bourcier	Alain Cazabonne
Viviane Artigalas	Jean-Marc Boyer	Christophe Chaillou
Jean Bacci	Valérie Boyer	Anne Chain-Larché
Jean-Pierre Bansard	Jean-Luc Brault	Patrick Chaize
Philippe Bas	Isabelle Briquet	Yan Chantrel
Arnaud Bazin	Max Brisson	Alain Chatillon
Audrey Bélim	Colombe Brossel	Patrick Chauvet
Bruno Belin	Christian Bruyen	Cédric Chevalier
Nadine Bellurot	François-Noël Buffet	Guillaume Chevrollier
Catherine Belrhiti	Bernard Buis	Marta de Cidrac
Martine Berthet	Laurent Burgoa	Olivier Cigolotti
Annick Billon	Frédéric Buval	Marie-Carole Ciuntu
Étienne Blanc	Alain Cadec	Hélène Conway-
Jean-Baptiste Blanc	Olivier Cadic	Mouret
Yves Bleunven	Guislain Cambier	Édouard Courtial
Christine Bonfanti-	Christian Cambon	Pierre Cuyppers
Dossat	Agnès Canayer	Karine Daniel
François Bonhomme	Michel Canévet	Laure Darcos
François Bonneau	Vincent Capo-	Mathieu Darnaud
Philippe Bonnecarrère	Canellas	

Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Gilbert-Luc Devinez
Frank Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Jérôme Durain
Nicole Duranton
Vincent Éblé
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Sébastien Fagnen
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Rémi Féraud
Corinne Féréret
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Stéphane Fouassin
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Laurence Garnier
Françoise Gatel
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Hervé Gillé
Béatrice Gosselin
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Laurence Harribey
Nadège Havet
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Olivier Jacquin
Bernard Jomier
Lauriane Josende
Else Joseph

Gisèle Jourda
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Patrick Kanner
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klingner
Mikaele Kulimoetoke
Marie-Pierre de La Gontrie
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste Lemoyne
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Martin Lévrier
Audrey Linkenheld
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Didier Marie
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey **
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Frank Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Jean-Jacques Michau
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Thani Mohamed Soilihi
Frank Montaugé
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-Bronn
Solanges Nadille
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolaï
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Saïd Omar Ouli
Alexandre Ouizille
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi

Abstentions :

Daniel Chasseing
Raphaël Daubert
Nathalie Delattre

Annick Girardin
Jean-Noël Guérini

Vanina Paoli-Gagin
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-Horth
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Émilienne Poumirol
Sophie Primas
Frédérique Puissat
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Claude Raynal
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Sylvie Robert
Pierre Jean Rochette
Teva Rohfritsch
Pierre-Alain Roiron
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Lucien Stanzione
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Simon Uzenat
Sylvie Valente Le Hir
Mickaël Vallet
Jean-Marie Vanlerenberghe
Jean-Marc Vayssouze-Faure
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen *
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Dominique Théophile,
Président de séance

Olivier Bitz ***
Samantha Cazebonne ***
Aymeric Durox
Joshua Hochart

Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

* Lors de la séance du lundi 20 novembre 2023, M. Pierre-Jean Verzelen a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

** Lors de la séance du vendredi 24 novembre 2023, M. Hervé Maurey a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

*** M. Olivier Bitz et Mme Samantha Cazebonne ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 50

sur l'amendement n° 957, présenté par Mme Céline Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, tendant à insérer un article additionnel après l'article 26 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	278
Pour	51
Contre	227

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (133) :**

Contre : 132

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 4 Mmes Marion Canalès, Annie Le Houerou, Corinne Narassiguin, Émilienne Poumirol

Contre : 1 M. Bernard Jomier

Abstentions : 59

GRUPE UNION CENTRISTE (56) :

Pour : 1 Mme Nathalie Goulet

Contre : 55

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (22) :

Contre : 21

N'a pas pris part au vote : 1 M. Dominique Théophile, Président de séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (18) :

Contre : 16

Abstentions : 2 M. Daniel Chasseing, Mme Marie-Claude Lermytte

Marie-Claude Lermytte

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (17) :*Pour* : 17**GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPEËN (16) :***Pour* : 11*Contre* : 2 M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin*Abstentions* : 3 M. Raphaël Daubet, Mmes Nathalie Delattre, Annick Girardin**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :***N'ont pas pris part au vote* : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek**Ont voté pour :**

Cathy Apourceau-Poly
Jérémy Bacchi
Pierre Barros
Guy Benarroche
Christian Bilhac
Grégory Blanc
Éric Bocquet
Ian Brossat
Céline Brulin
Henri Cabanel
Marion Canalès
Maryse Carrère
Évelyne Corbière
Naminzo
Jean-Pierre Corbisez
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Thomas Dossus

Jacques Fernique
Fabien Gay
Éric Gold
Guillaume Gontard
Nathalie Goulet
Michelle Gréaume
Philippe Grosvalet
Jean-Noël Guérini
Antoinette Guhl
André Guiol
Yannick Jadot
Gérard Lahellec
Ahmed Laouedj
Annie Le Houerou
Monique de Marco
Marianne Margaté
Michel Masset
Akli Mellouli

Corinne Narassiguin
Mathilde Ollivier
Pierre Ouzoulias
Gyulène Pantel
Paul Toussaint Parigi
Raymonde Poncet
Monge
Émilienne Poumirol
Jean-Yves Roux
Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Anne Souyris
Marie-Claude Varailles
Mélanie Vogel
Robert Wienie Xowie

Ont voté contre :

Marie-Do
Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jocelyne Antoine
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Jean-Pierre Bansard
Philippe Bas
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Annick Billon
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Philippe Bonnacarrère
Michel Bonnus
Alexandra Borchio
Fontimp
Gilbert Bouchet
Yves Bouloux
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Max Brisson
Christian Bruyen
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Laurent Burgoa
Frédéric Buval

Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canévet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Marie-Claire Carrère-Gée
Alain Cazabonne
Samantha Cazebonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrolier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcrox
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Sabine Drexler
Alain Duffourg

Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Stéphane Fouassin
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Laurence Garnier
Françoise Gatel
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Grunty
Daniel Gueret
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Nadège Havet
Ludovick Hays
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert

Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Bernard Jomier
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste Lemoine
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Martin Lévrier
Anne-Catherine Loiser
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille

Viviane Artigalas
Audrey Bélim
Florence Blatrix Contat
Nicole Bonnefoy
Denis Bouad
Hussein Bourgi
Isabelle Briquet
Colombe Brossel
Rémi Cardon
Marie-Arlette Carlotti
Christophe Chaillou
Yan Chantrel
Daniel Chasseing
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Thierry Cozic
Karine Daniel
Jérôme Darras
Raphaël Daubet
Nathalie Delattre
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain

Gérard Larcher,
Président du Sénat

Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey ***
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Thani Mohamed Soilihi
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Moullier
Laurence Muller-Bronn
Solanges Nadille
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Saïd Omar Oili
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-Horth
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet

Abstentions :

Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Sébastien Fagnen
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Hervé Gillé
Annick Girardin
Laurence Harribey
Olivier Jacquin
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Marie-Pierre de La Gontrie
Marie-Claude Lermytte
Audrey Linkenheld
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Didier Marie

N'ont pas pris part au vote :

Dominique Théophile,
Président de séance
Aymeric Durox

Rémy Pointereau
Sophie Primas
Frédérique Puissat
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Teva Rohfritsch
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Sauray
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillingier
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Jean-Marie Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen **
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattedled

Serge Mérillou
Jean-Jacques Michau
Marie-Pierre Monier *
Franck Montaigué
Alexandre Ouizille
Sébastien Pla
Claude Raynal
Christian Redon-Sarraz
Sylvie Robert
Pierre-Alain Roiron
David Ros
Laurence Rossignol
Lucien Stanzione
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Jean-Marc Vayssouze-Faure
Michaël Weber
Adel Ziane

Joshua Hochart
Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

* Lors de la séance du vendredi 17 novembre 2023, Mme Marie-Pierre Monier a fait savoir qu'elle aurait souhaité voter pour.

** Lors de la séance du lundi 20 novembre 2023, M. Pierre-Jean Verzelen a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

*** Lors de la séance du vendredi 24 novembre 2023, M. Hervé Maurey a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.