



N° 339

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2022

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2023**
(n° 274)

PAR MME STÉPHANIE RIST

Rapporteuse générale, rapporteure pour les recettes, l'équilibre général et la branche maladie, Députée

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour la branche autonomie, Députée

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour la branche famille, Député

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour la branche vieillesse, Député

M. THIBAUT BAZIN

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME III
COMPTES RENDUS

Voir les numéros : 274, 336.

SOMMAIRE

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

TOME II : COMMENTAIRES DES ARTICLES

TOME III : COMPTES RENDUS

Pages

COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE DU PROJET DE LOI	9
Réunion du lundi 26 septembre 2022 à 21 heures	9
COMPTE RENDU DE L'AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES	63
Réunion du mercredi 5 octobre 2022 à 11 heures	63
COMPTES RENDUS DE L'EXAMEN DES ARTICLES DU PROJET DE LOI	93
1. Réunion du lundi 10 octobre 2022 à 17 heures (article liminaire à après l'article 5)	93
<i>Article liminaire</i> : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023	95
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021	96
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)	98
<i>Article 3</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022	99
<i>Après l'article 3</i>	101
<i>Article 4</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs	102
<i>Article 5</i> : Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers en matière de services à la personne	105
<i>Après l'article 5</i>	106
2. Réunion du lundi 10 octobre 2022 à 21 heures (après l'article 5 à article 8)	127
<i>Après l'article 5 (suite)</i>	127
<i>Article 6</i> : Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants	133

<i>Article additionnel après l'article 6 : Abandon du projet de transfert des cotisations Agirc-Arrco aux Urssaf</i>	135
<i>Après l'article 6</i>	137
<i>Article 7 : Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)</i>	137
<i>Après l'article 7</i>	140
<i>Article additionnel après l'article 7 : Suppression des cotisations retraite pour les médecins en exercice libéral en cumul emploi-retraite</i>	142
<i>Après l'article 7</i>	143
<i>Article additionnel après l'article 7 : Suppression des exonérations de cotisations sociales patronales pour les entreprises ne respectant pas leurs obligations en matière d'égalité salariale</i>	145
<i>Article additionnel après l'article 7 : Allègement de la fiscalité sur les véhicules mis à la disposition permanente des intervenants à domicile par leur employeur</i>	147
<i>Après l'article 7</i>	149
<i>Article 8 : Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac</i>	154
<i>Après l'article 8</i>	159
3. Réunion du mardi 11 octobre 2022 à 18 heures (après l'article 8 à article 10).....	164
<i>Après l'article 8 (suite)</i>	164
<i>Article 9 : Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins</i>	172
<i>Article additionnel après l'article 9 : Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé</i>	172
<i>Après l'article 9</i>	176
<i>Article additionnel après l'article 9 : Rapport sur l'état et les perspectives de la régulation économique du secteur pharmaceutique</i>	177
<i>Article additionnel après l'article 9 Rapport sur les modalités d'élaboration du montant M et du montant Z</i>	178
<i>Article 10 : Transfert du financement des indemnités journalières maternité postnatales à la branche famille</i>	179
4. Réunion du mardi 11 octobre 2022 à 21 heures (article 11 à après l'article 22)....	183
<i>Article 11 : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale</i>	183
<i>Après l'article 11</i>	186
<i>Article 12 : Approbation, pour l'année 2023, du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base</i>	195
<i>Article 13 : Fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse</i>	196
<i>Article 14 : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt</i>	197

<i>Après l'article 14</i>	197
<i>Article 15</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	198
<i>Après l'article 15</i>	202
<i>Article 16</i> : Protection des populations et des travailleurs face à la covid-19	203
<i>Article 17</i> : Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés	204
<i>Article 18</i> : Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux infections sexuellement transmissibles autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans	213
<i>Article 19</i> : Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale.....	213
<i>Article 20</i> : Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins	213
<i>Article 21</i> : Exonération de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers.....	213
<i>Article additionnel après l'article 21</i> : Conditionnement du remboursement des cures thermales à l'évaluation de leur service médical rendu par la Haute Autorité de santé...	214
<i>Article 22</i> : Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins	214
<i>Après l'article 22</i>	216
<i>Article additionnel après l'article 22</i> : Expérimentation visant à autoriser les infirmiers à signer les certificats de décès.....	216
<i>Après l'article 22</i>	216
5. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 9 heures 30 (article 23 à après l'article 25).....	218
<i>Article 23</i> : Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale	218
<i>Après l'article 23</i>	236
<i>Article 24</i> : Augmenter l'impact des aides à installation	237
<i>Après l'article 24</i>	238
<i>Article additionnel après l'article 24</i> : Expérimentation de consultations de médecins dans les zones sous-denses	246
<i>Article additionnel après l'article 24</i> : Expérimentation de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.....	247
<i>Après l'article 24</i>	248
<i>Article 25</i> : Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé	250
<i>Après l'article 25</i>	256
6. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 15 heures (après l'article 25 à article 33)..	258
<i>Après l'article 25 (suite)</i>	258
<i>Article 26</i> : Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale	263

<i>Article additionnel après l'article 26 : Priorisation de certains travaux du Haut Conseil des nomenclatures</i>	264
<i>Après l'article 26</i>	265
<i>Article 27 : Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses</i>	266
<i>Article 28 : Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire</i>	267
<i>Article additionnel après l'article 28 : Réalisation et accompagnement des actes de téléconsultation par un professionnel de santé</i>	272
<i>Après l'article 28</i>	274
<i>Article 29 : Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé</i>	275
<i>Après l'article 29</i>	275
<i>Article 30 : Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficacité de leur prise en charge</i>	276
<i>Après l'article 30</i>	289
<i>Article additionnel après l'article 30 : Prolongation de l'expérimentation du cannabis à visée thérapeutique</i>	292
<i>Après l'article 30</i>	294
<i>Article 31 : Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge</i>	295
<i>Après l'article 31</i>	300
<i>Article additionnel avant l'article 32 : Majoration de l'astreinte journalière applicable en cas de non-respect par un établissement social et médico-social d'une injonction formulée à la suite d'une inspection</i>	301
<i>Article additionnel avant l'article 32 : Majoration du plafond des sanctions applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux</i>	302
<i>Article 32 : Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux</i>	303
<i>Après l'article 32</i>	308
<i>Article 33 : Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile</i>	319
7. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 21 heures 15 (après l'article 33 à article 52)	322
<i>Article additionnel après l'article 33 : Harmonisation d'un changement de terminologie</i> ..	322
<i>Après l'article 33</i>	322
<i>Article additionnel après l'article 33 : Anticipation de la remise du rapport du Gouvernement au Parlement dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile</i>	323
<i>Article 34 : Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile</i>	323
<i>Après l'article 34</i>	327

<i>Après l'article 35</i>	331
<i>Article additionnel après l'article 35</i> : Rapport du Gouvernement au Parlement sur le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène	331
<i>Avant l'article 36</i>	332
<i>Article 36</i> : Amélioration du soutien à la garde d'enfants : complément de libre choix du mode garde (CMG) horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée.....	333
<i>Après l'article 36</i>	335
<i>Article 37</i> : Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant	338
<i>Après l'article 37</i>	340
<i>Article additionnel après l'article 37</i> : Rapport du Gouvernement au Parlement étudiant l'opportunité d'offrir une faculté de choix entre un congé parental court et un congé parental long	342
<i>Après l'article 37</i>	343
<i>Article 38</i> : Accélérer la convergence sociale à Mayotte	344
<i>Après l'article 38</i>	345
<i>Article 39</i> : Moderniser la législation de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.....	346
<i>Après l'article 39</i>	346
<i>Article 40</i> : Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille	347
<i>Article 41</i> : Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale	347
<i>Après l'article 41</i>	348
<i>Article 42</i> : Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé.....	349
<i>Article 43</i> : Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus	349
<i>Article 44</i> : Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures	357
<i>Article 45</i> : Dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	360
<i>Article 46</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	360
<i>Après l'article 46</i>	360
<i>Article 47</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2023	361

<i>Article 48</i> : Dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité	365
<i>Article 49</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles	367
<i>Après l'article 49</i>	367
<i>Article 50</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023	368
<i>Article 51</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille	368
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie	368
<i>Article 53</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)	369

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

Réunion du lundi 26 septembre 2022 à 21 heures

La commission auditionne M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et M. Gabriel Attal, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274).

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12182886_6331f3b49d22a.commission-des-affaires-sociales--m-francois-braun-ministre-de-la-sante-m-jean-christophe-combe-26-septembre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous entamons ce soir nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023. Cet exercice est, chaque année, l'un des temps forts de notre commission. C'est également un moment déterminant pour l'ensemble de nos concitoyens, tant les mesures que nous serons amenés à entériner visent à l'amélioration de leur quotidien.

Le dépôt de ce texte intervient cette année beaucoup plus tôt que d'habitude. Nous ne pouvons que nous en réjouir. Nous le devons à la loi organique du 14 mars dernier, adoptée à l'initiative de Thomas Mesnier : l'article L.O. 111-6 du code de la sécurité sociale dispose désormais que « *le projet de loi de financement de l'année est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le premier mardi d'octobre* ». Alors que nous n'avions jusqu'à présent qu'à peine deux jours pour amender le texte en commission, entre le mercredi soir et le vendredi soir, nous disposerons cette année de dix jours, puisque le délai limite de dépôt des amendements a été fixé au jeudi 6 octobre à 17 heures. C'était l'un des objectifs de la révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), et je suis certaine que chacun appréciera ce progrès considérable.

La commission n'a pas attendu le dépôt du texte pour s'investir pleinement dans ce PLFSS. J'en veux pour preuve le lancement, fin juillet, de deux groupes de travail consacrés à l'accès aux soins et à l'autonomie. Ces deux entités, créées sous l'impulsion de la rapporteure générale, Stéphanie Rist, et rassemblant des députés issus des dix groupes politiques que compte notre assemblée, ont pour mission d'élaborer des propositions consensuelles qui pourront ensuite être introduites par voie d'amendement au PLFSS, à l'image de l'accord qui avait été trouvé au début de cette législature concernant la déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés. Je ne doute pas que vous poserez plusieurs questions sur ces thèmes,

lesquels préoccupent non seulement la représentation nationale, mais également des millions de nos concitoyens qui attendent que nous répondions à ces enjeux majeurs.

Ce soir, le ministre de la santé et de la prévention, le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées ainsi que le ministre délégué chargé des comptes publics nous présenteront les principales mesures de ce PLFSS, qui nous permettront de relever les défis de demain. Je donnerai ensuite la parole à la rapporteure générale, pour 3 minutes, aux rapporteurs thématiques, pour 2 minutes chacun, aux orateurs des groupes, pour 3 minutes chacun, et enfin aux autres députés, pour des questions de 2 minutes.

Mme Caroline Fiat. Dans les autres commissions, les orateurs de groupe disposent toujours d'un temps de parole de 5 minutes. Certes, lors de la législature précédente, il est arrivé que l'on demande à ces orateurs de raccourcir leurs interventions, mais l'habitude se répand de ne leur accorder que 2 minutes. On vous remercierait presque de leur en octroyer quatre ! Pourrions-nous revenir à la règle des 5 minutes pour les orateurs de groupe ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous sommes nombreux à demander la parole. Nous en restons donc à un temps de parole de 4 minutes, comme nous l'avons déjà acté – cela me semble tout à fait convenable.

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention. La discussion du PLFSS, qui va nous occuper ces prochaines semaines, constitue un moment structurant de notre politique de santé et de protection sociale. C'est plus qu'un exercice budgétaire hors sol, puisque ce texte est le mur porteur de notre système de protection sociale et de ses évolutions, comme nous l'a montré la crise sanitaire dont nous voyons encore les conséquences budgétaires. La sécurité sociale est notre patrimoine vivant, au service des Français, qui ne cesse de s'adapter face aux épreuves, aux nouveaux enjeux et aux besoins de santé de nos concitoyens. Je veux saluer l'engagement de ses agents au quotidien.

En tant que premier texte de finances sociales du second quinquennat d'Emmanuel Macron, ce PLFSS vise à traduire les engagements pris par le Président de la République, notamment en matière d'accès à la santé et de prévention, à poser une première pierre sur le chantier de la nécessaire transformation en profondeur de notre système de santé, et à nous donner les moyens de financer nos politiques prioritaires. J'espère que la discussion parlementaire, à l'Assemblée nationale et au Sénat, sera aussi féconde que possible. Le Gouvernement se présente ouvert au débat ; pour ma part, je consacrerai à nos échanges toute mon énergie.

Nos discussions s'engagent alors que je m'appête à installer, lundi prochain, au Mans, le Conseil national de la refondation (CNR) de la santé. Que les choses soient claires : cette instance ne s'oppose pas à la démocratie parlementaire, elle en est complémentaire.

En matière de santé, le diagnostic est très souvent connu ; il a été établi par divers acteurs, notamment parlementaires. Je souhaite donc que les travaux que nous lancerons dans l'ensemble du territoire permettent aux citoyens, aux acteurs de santé et aux élus de dialoguer pour trouver des solutions de court et de moyen terme. Toute personne, indépendamment de son lieu d'habitation, de sa vulnérabilité ou de son revenu, doit pouvoir accéder à la santé dans de bonnes conditions.

En tant que soignant, je sais l'importance du sens dans nos métiers. Si j'aborde nos débats sans tabou, je souhaite que l'éthique et le principe de responsabilité collective guident nos réflexions.

La reconquête du temps soignant, le partage des tâches et des responsabilités entre professionnels – je sais que vous y êtes très attentive, madame la rapporteure générale – et la permanence des soins – je sais aussi que c'est un enjeu fondamental pour beaucoup d'entre vous – sont autant de sujets qui seront débattus au sein du CNR relatif à la santé. Le PLFSS a donc vocation à être enrichi par les propositions issues de cette instance et des parlementaires. Il vient par ailleurs compléter les négociations conventionnelles engagées avec les professionnels de santé ainsi que les initiatives territoriales auxquelles je suis très attaché.

Ce PLFSS est avant tout un texte d'investissement et d'engagement pour la santé des Françaises et des Français. Pour ce faire, nous devons passer à la vitesse supérieure en matière de prévention. Alors que nous savons à quel point les gains d'une politique ambitieuse dans ce domaine sont considérables, la France est très en retard par rapport à la moyenne de ses voisins européens. C'est pourquoi nous proposons d'instaurer des rendez-vous de prévention, qui prendront la forme de bilans de santé aux âges clés de la vie, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale. Je souhaite que chacun puisse y avoir accès, en particulier les publics les plus éloignés des soins. Je veux donc que nous consacrons toute notre énergie à l'« aller vers », comme nous avons commencé à le faire pendant la crise. Nous proposons aussi d'élargir la prescription de vaccins aux pharmaciens, sages-femmes et infirmiers pour capitaliser sur les engagements de ces professionnels pendant la crise et démocratiser l'accès à la vaccination.

L'amélioration de la santé sexuelle des jeunes et de la santé des femmes compte aussi parmi nos priorités. Je propose donc la création, pour les moins de 26 ans, d'un droit au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le VIH sans ordonnance et pris en charge à 100 %. Le texte prévoit également la délivrance gratuite de la contraception d'urgence à toutes les femmes, quel que soit leur âge ; à l'heure où l'interruption volontaire de grossesse est menacée dans le monde, c'est une avancée forte que nous assumons.

Enfin, nous poursuivons la lutte contre le tabagisme, qui est l'une des premières causes de décès évitables en France.

Investir dans la santé de nos concitoyens, cela suppose également que chacun d'entre eux y ait accès. Fidèle à mon souhait d'instaurer une culture de l'évaluation,

je prendrai le temps de discuter, avec vous, du bilan des mesures adoptées cet été. Le principe est simple : si une mesure a fait ses preuves, je souhaite qu'elle soit pérennisée.

Conformément aux engagements du Président de la République, ce PLFSS prévoit la création d'une quatrième année de médecine générale pour améliorer la formation des jeunes médecins et faciliter leur installation ultérieure. Avec ma collègue Sylvie Retailleau, nous avons confié à quatre professionnels de terrain reconnus la mission de conduire la concertation que requiert un tel engagement. Je ne doute pas que les débats seront riches à ce sujet, mais je souhaite que cette quatrième année soit consacrée à la pratique ambulatoire, auprès de maîtres de stage universitaires, en priorité dans les zones où la démographie médicale est sous-dense.

Parallèlement, nous souhaitons donner plus de lisibilité à notre politique d'installation afin d'en augmenter la portée. Nous entendons simplifier le système des aides à l'installation, devenu illisible, mais aussi créer, en lien avec les élus locaux, des guichets uniques qui permettront aux professionnels d'être mieux accompagnés dans leur installation en ayant désormais un seul interlocuteur pour toutes les aides. Le Conseil d'État a choisi de ne pas retenir ces dispositions dans le PLFSS, estimant qu'elles n'étaient pas d'ordre législatif, mais je sais qu'elles ne manqueront pas d'animer les débats.

Permettre aux Français de se soigner, c'est aussi donner aux hôpitaux les moyens de fonctionner. Ce PLFSS protège nos hôpitaux. Contrairement à ce qui a pu se faire, nous ne demanderons aucune mesure d'économie à l'hôpital afin de laisser à ce dernier le temps de se restructurer et de lui donner les moyens d'affronter le choc financier qu'il subit.

Dans un esprit de responsabilité, nous devons travailler à l'efficacité de nos dépenses. Mon collègue Gabriel Attal vous expliquera certainement que la préservation de nos comptes sociaux permettra d'assurer l'avenir de la couverture sociale, de continuer à investir et à adapter le service aux besoins de nos concitoyens. Aussi ce budget de la sécurité sociale comprend-il des mesures justes et proportionnées visant à préserver la soutenabilité de notre système social. Nous allons demander un effort de responsabilité au secteur de la radiologie, en renforçant la transparence et l'information sur le coût de ses équipements matériels, et à celui de la biologie, en entamant avec lui une négociation parallèlement à l'engagement d'une mission pour mieux préparer son avenir.

Nous travaillerons également avec les complémentaires santé, qui ont leur place dans notre système de santé et avec lesquelles nous partageons des ambitions fortes, par exemple en matière de prévention. Nous devons travailler ensemble pour assurer leur participation accrue à l'effort collectif, alors que la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire n'a cessé de progresser ces dernières années.

Enfin, nous accroîtrons nos efforts dans la lutte contre tous les types d'abus et de fraude, par exemple en ne prenant plus en charge les arrêts de travail prescrits abusivement par téléconsultation, ou encore en donnant de nouveaux pouvoirs aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie. Ces efforts sont indépassables si nous voulons maintenir la confiance de nos concitoyens dans notre sécurité sociale.

Nous prévoyons un objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dynamique au service de la santé de nos concitoyens. Il ne s'agit pas que d'un chiffre ; ce n'est jamais que la traduction de choix politiques que nous assumons. Ces deux dernières années, nous avons fait le choix d'un investissement courageux afin de préserver tant l'activité de notre pays que la santé de nos concitoyens. Je pense notamment au soutien financier massif mis en œuvre pour répondre à la crise sanitaire, aux investissements durables du Ségur de la santé et au soutien face à l'inflation apporté aux établissements de santé et médico-sociaux. Avec ce PLFSS, nous continuons dans cette voie exigeante mais nécessaire. Ainsi, pour 2023, l'Ondam est proposé à un niveau élevé, en progression de 3,7 % hors dépenses liées à la crise du covid. C'est un effort important que nous sommes prêts à faire en faveur de la santé des Français, en ville comme à l'hôpital. L'Ondam hospitalier s'établit à + 4,1 %, ce qui correspond à un investissement de plus de 100 milliards d'euros dans les établissements de santé.

Si nous investissons résolument dans l'hôpital, nous renouvelons aussi nos exigences en matière d'éthique afin de remettre cette dernière au cœur de notre système de santé. Cela doit notamment passer par un encadrement plus exigeant de l'intérim, dont les rémunérations et les conditions d'exercice sont devenues inacceptables.

Continuer d'investir tout en maîtrisant nos finances sociales : le défi est grand, mais j'assume ce double objectif. Comme l'a dit le Président de la République, notre effort ne se traduira pas par des coupes budgétaires réalisées sur le dos de la santé de nos concitoyens, mais par un investissement durable dans nos priorités de long terme, la prévention, la qualité et la pertinence de notre système de santé. Ce PLFSS, qui est une première réponse aux besoins de nos concitoyens et de nos soignants, fait résolument le pari de la refondation de notre système de santé.

M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Avec ce PLFSS de protection, nous tenons nos engagements en faveur des personnes en situation de handicap, nous prenons des mesures immédiates pour protéger les familles et les personnes âgées, nous lançons les chantiers structurels du quinquennat pour préparer l'avenir et continuer à lutter contre les inégalités de destin, et nous protégeons de l'inflation les établissements qui prennent soin de nos concitoyens âgés ou en situation de handicap.

Nous faisons clairement le choix de soutenir l'enfance et les familles, notamment les plus fragiles, en proposant une augmentation de crédits de 1,6 milliard d'euros. Dans ce PLFSS, nous visons deux objectifs : contribuer à la société du plein emploi en développant l'accès à un mode d'accueil pour les jeunes enfants, et

continuer à lutter contre les inégalités à la racine en intervenant dès la petite enfance et en soutenant les familles les plus fragiles. Nous posons ainsi la première pierre du service public de la petite enfance, conformément à un engagement de campagne du Président de la République qui s'inscrit dans la droite ligne du chantier des « 1 000 premiers jours ».

Concrètement, nous proposons de réformer le complément de libre choix du mode de garde (CMG), d'une part en révisant le barème pour permettre aux familles qui n'ont pas de place en crèche de faire garder leurs enfants au même coût par une assistante maternelle ou une garde à domicile – cette mesure se traduira pour les familles par des économies de plusieurs centaines d'euros par an –, d'autre part en l'étendant au-delà des 6 ans de l'enfant, jusqu'à son entrée au collège, pour les familles monoparentales qui ne peuvent pas bénéficier du relais de l'autre parent. Cette réforme du CMG s'ajoute à la création de 200 000 places de garde d'ici à 2030 et à l'augmentation de 50 % du montant de la pension alimentaire minimale, puisque l'allocation de soutien familial passera de 123 à 185 euros par mois et par enfant.

Les familles monoparentales, dont 90 % sont composées de femmes avec enfants, ont longtemps été les oubliées des politiques publiques, alors même que plus de 30 % d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté. Dans la droite ligne des réformes lancées lors du précédent quinquennat – je pense notamment à la mise en place du service public de versement des pensions alimentaires –, nous continuons de protéger ces mères seules, souvent isolées, et de les aider à élever leurs enfants dans de bonnes conditions.

Toutes ces mesures s'inscrivent dans le cadre de la création du grand service public universel de la petite enfance, qui sera un fil rouge tout au long de ce quinquennat. Il permettra d'améliorer l'accès à l'emploi, le développement des enfants, l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que le soutien aux familles les plus fragiles. Le soutien aux familles est en effet le meilleur investissement social, notamment quand cela permet aux parents de travailler et aux enfants de ne pas être livrés à eux-mêmes.

S'agissant des personnes âgées, notre premier objectif est de restaurer la confiance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'accélérer le virage domiciliaire, puisque l'immense majorité des Français souhaite pouvoir vieillir à domicile.

La restauration de la confiance dans les EHPAD passe évidemment par le contrôle et la sanction. Nous augmentons les moyens humains pour réaliser le plan annoncé de 7 500 contrôles en deux ans, nous améliorons le circuit de signalement des maltraitances et nous organisons la récupération des financements publics s'il s'avère que ces derniers ont été détournés de leur objet.

Restaurer la confiance dans les EHPAD, c'est aussi et surtout soutenir les professionnels formidables qui y travaillent. Nous allons financer le recrutement de 50 000 soignants dans les prochaines années. La question des ressources humaines

est un enjeu absolument essentiel. Comme le savent les professionnels du secteur, ce n'est pas qu'une question de rémunération. Il faut tout regarder : la formation, le management, les parcours professionnels, la reconnaissance. La crise de sens est profonde, et c'est ensemble que nous la surmonterons.

L'accélération du virage domiciliaire consiste à aider les Français à adapter leur logement et à développer les services à domicile.

Il faut déjà faire en sorte que ces services soient plus nombreux. Nous finançons ainsi la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile, l'objectif étant d'en augmenter le nombre chaque année pour arriver à 25 000 places supplémentaires en 2030, soit une augmentation de l'offre de près de 20 %.

Il faut aussi faire en sorte que ces services soient financièrement accessibles et de qualité. C'est pourquoi nous instaurons une tarification prenant mieux en considération les profils des bénéficiaires, avec un tarif plancher revalorisé pour tenir compte de l'inflation.

Il faut également faire en sorte que l'offre de services soit plus lisible pour les usagers. En 2022, nous avons réuni tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile, services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile dans une catégorie unique de « services autonomie ». L'objectif est de simplifier le parcours en mettant à leur disposition un guichet unique qui leur propose une réponse, en aides et ou en soins, graduée et adaptée à leurs besoins. En 2023, nous accélérerons les choses en incitant financièrement les services à dispenser à la fois des activités d'accompagnement, d'aide et de soins.

Il faut surtout faire en sorte que l'organisation des services d'aide à domicile soit plus adaptée, pour les professionnels comme pour les personnes qui en bénéficient. Nous allons donc tenir l'engagement du Président de la République de permettre aux aides à domicile de passer plus de temps auprès des personnes qu'ils accompagnent. Trop souvent, ils ont tout juste le temps de faire les gestes élémentaires pour assurer le lever, le coucher, la toilette, le repas. Avec les départements, avec lesquels nous allons ouvrir une concertation, nous ajouterons donc deux heures de présence supplémentaire chaque semaine auprès des 780 000 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile. Ces deux heures dédiées à la convivialité et à la prévention permettront aussi d'améliorer les conditions de travail des professionnels qui, trop souvent, subissent des temps partiels ou du travail fractionné.

Accélérer le virage domiciliaire, c'est soutenir le développement de l'habitat inclusif comme une solution intermédiaire, encourager la création de maisons de répit pour les aidants, mais aussi poursuivre la transformation des EHPAD. Ces derniers doivent pouvoir accueillir des personnes moins autonomes et constituer des centres de ressources territoriales pour l'accompagnement des autres à domicile, par exemple en proposant un accompagnement hors les murs pour les personnes qui

auraient besoin d'un soutien plus intensif mais qui seraient capables de rester chez elles.

Pour vieillir à domicile, il faut avoir un logement adapté. Nous sommes en train de faire un gros travail de simplification et d'harmonisation des aides existantes pour créer MaPrimeAdapt'. Le dispositif, qui sera pleinement opérationnel au tout début de l'année 2024, permettra à au moins 400 000 foyers d'adapter leur logement d'ici à 2027.

Toutes ces mesures s'inscrivent dans la construction de la cinquième branche de la sécurité sociale, qui est l'un des piliers du bien vieillir. Ce chantier, que le Président de la République a défendu dans le cadre du CNR, sera notre fil rouge tout au long du quinquennat. Nous devons répondre à l'urgence des besoins et anticiper ces derniers puisqu'en 2035, un quart de la population aura plus de 65 ans.

Concernant le handicap, le PLFSS tient rigoureusement les engagements financiers qui ont été pris pour déployer les actions définies avec l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse de la détection précoce et du meilleur accompagnement du polyhandicap et des troubles du spectre autistique ou des soins apportés aux personnes handicapées vieillissantes. Par ailleurs, c'est une priorité du Président de la République, nous allons développer davantage les relations entre l'école et l'accompagnement médico-social pour réussir l'acte 2 de l'école inclusive. Nous souhaitons conserver notre habitude de concertation avec les acteurs du handicap, et la prochaine Conférence nationale du handicap sera l'occasion de renouveler les objectifs pour les années à venir. Beaucoup a été fait, mais chaque situation sans solution est un drame et chaque présence d'un enfant en situation de handicap dans une classe une richesse pour tout le monde.

Ces mesures de moyen et long terme s'inscrivent dans un contexte d'urgence : c'est pourquoi le PLFSS comprend aussi des mesures anti-inflation au bénéfice des établissements médico-sociaux qui prennent soin de nos concitoyens âgés ou en situation de handicap. Dans tous ces établissements essentiels, dont le fonctionnement repose sur des professionnels exceptionnels et qui font face à de gros problèmes de recrutement, nous augmentons les salaires en rehaussant le point d'indice de la fonction publique ou en finançant une hausse équivalente. Nous compensons également l'impact de l'inflation sur leurs charges non salariales. Enfin, nous allons étendre le gel des tarifs de l'énergie à tous les EHPAD. Chacun doit prendre ses responsabilités et, comme vous le voyez, le Gouvernement est au rendez-vous.

M. Gabriel Attal, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics. Je veux d'abord remercier celles et ceux qui se trouvent derrière nous et qui ont contribué à l'élaboration de ce texte. Vous l'avez dit, madame la présidente : le calendrier a été avancé par rapport aux années précédentes et, pour la première fois, nous avons présenté le même jour un projet de loi de finances, un PLFSS et un projet de loi de programmation des finances publiques. À la direction de la sécurité sociale,

à la direction générale de la cohésion sociale et à Bercy, notamment à la direction du budget, des centaines de femmes et d'hommes ont travaillé sur ces textes, y compris cet été et parfois jour et nuit.

Les trois textes présentés aujourd'hui sont cohérents. Ils visent à nous permettre de relever les défis majeurs qui se présentent à nous – et nous sommes convaincus que nous pouvons les relever ensemble.

En tant que ministre délégué chargé des comptes publics, je suis aussi chargé des comptes sociaux. Les choix budgétaires traduisent des choix politiques : c'est pourquoi ce PLFSS pour 2023 est d'abord un PLFSS de confiance, en ce qu'il illustre la confiance que nous avons en tous les acteurs de notre système social. Des soignants de l'hôpital public jusqu'aux personnels de la petite enfance, des professionnels de santé en ville aux personnels de l'autonomie, chacun détient une part de la solution.

Voilà pourquoi le taux d'évolution de l'Ondam sera porté au niveau historique de 3,7 % hors covid. Ainsi, en 2023, l'Ondam progressera 50 % plus vite qu'au cours de la décennie 2010 : c'est le signe qu'après le Ségur de la santé, nous poursuivons l'effort financier au profit de la santé, qui est un secteur prioritaire pour les Français et donc pour le Gouvernement. Le taux d'évolution de l'Ondam hospitalier s'établira à 4,1 % en 2023 : c'est deux fois plus qu'au cours de la décennie 2010, où il était de 2 % en moyenne. Ces chiffres montrent clairement que le Gouvernement et la majorité ont investi et continueront à investir massivement pour l'hôpital public. Nos choix sont cohérents. Alors que l'Ondam total s'élevait à 190,7 milliards d'euros en 2017, il s'établira à 244,1 milliards en 2023, soit 53 milliards de plus investis dans notre système de santé.

Depuis 2017, nous avons mis fin aux baisses de tarifs hospitaliers, développé le « 100 % Santé », supprimé le *numerus clausus*, soutenu le secteur de l'aide à domicile et nos EHPAD. Nous allons continuer cet effort, parce que les Français sont attachés à notre modèle social et que nous voulons le défendre.

Tout cela ne sera possible que si nous continuons à donner la priorité au travail et à la production. Les cotisations sociales, qui demeurent le socle de financement de notre sécurité sociale, passeront de 390,7 milliards d'euros en 2022 à 407,2 milliards en 2023. Nous devons d'abord cette progression aux créations d'emplois : 319 000 sont prévues en 2022, 200 000 ont déjà été réalisées au premier semestre et 117 000 supplémentaires sont attendues en 2023. Au total, sur la période 2020-2023, nous devrions créer 1 200 000 emplois malgré la crise. Au moment où certains s'interrogent quant à la pertinence d'une réforme des retraites, n'oublions jamais que le volume global du travail dans notre pays est ce qui permet à notre système social d'être financé et de tenir.

Voilà pourquoi ce PLFSS envoie aussi un message de responsabilité. Parce que les besoins sont immenses, nous ne devons pas ménager nos efforts pour trouver toutes les marges d'efficacité et réaliser des économies là où elles sont pertinentes. Faire de la politique, c'est faire des choix : c'est pourquoi nous assumons de

demander à certains secteurs qui bénéficient de niveaux élevés de rentabilité de contribuer à l'effort commun. Il ne s'agit pas de stigmatiser qui que ce soit ou de considérer certains profits comme indus, mais d'affirmer que nous devons faire des efforts là où nous le pouvons si nous voulons permettre à notre système de perdurer.

Ainsi, les laboratoires de biologie seront mis à contribution. Ils ont réalisé en 2020 et 2021 un chiffre d'affaires de 7,3 milliards d'euros au titre des tests covid ; par ailleurs, ils bénéficiaient déjà avant la crise d'un taux de rentabilité élevé alors que 70 % de leur activité est solvabilisée par l'assurance maladie. Le PLFSS prévoit que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) négociera une baisse de prix avec le secteur pour au moins 250 millions d'euros en 2023.

Il en est de même pour l'imagerie, un secteur qui représente près de 5 milliards d'euros de dépenses et où nous pouvons encore mieux éviter ou limiter les examens redondants, inappropriés ou inutiles. Nous demanderons à ce secteur de négocier avec la Cnam un nouveau protocole pour juguler la dépense à hauteur de 150 millions d'euros en 2023.

C'est enfin le cas des organismes complémentaires, dont la part dans le financement des dépenses de santé baisse tendanciellement, passant de 15,5 % il y a dix ans à 12,9 % en 2021. Nous devons donc réfléchir à un juste partage de l'effort avec la sécurité sociale – mon collègue François Braun a ouvert des concertations en ce sens.

Ces efforts, nous ne les demandons pas pour le plaisir de faire des économies. Nous les demandons parce qu'ils sont indispensables pour dégager des marges de manœuvre budgétaires et investir, au premier chef à l'hôpital. C'est aussi la condition pour garantir la soutenabilité et la résilience des comptes sociaux, à un moment où prédomine l'incertitude économique et alors que les taux d'intérêt remontent. Je rappelle que la parenthèse de l'argent gratuit s'est refermée et que notre dette nous coûte cette année 18 milliards d'euros de plus que prévu, soit le double du budget du ministère de la justice. Si nous continuons ainsi, si nous n'affichons pas une trajectoire soutenable pour nos dépenses publiques – comme nous le faisons dans les trois textes présentés aujourd'hui –, nous nous exposons à une montée continue des taux et nous finirons par nous trouver privés de marge de manœuvre budgétaire pour investir là où il le faut pour les Français. Chacun ici le sait, il n'y a pas de modèle social pérenne s'il est financé à crédit. Le retour à l'équilibre de nos comptes sociaux reste donc un impératif pour tous ceux qui sont attachés à sa pérennité.

Ce PLFSS envoie enfin un message de fermeté à tous ceux qui, par leurs fraudes et leurs abus, abîment l'adhésion des Français à notre modèle social. La lutte contre la fraude est donc aussi au cœur de ce texte, qui comprend des mesures ambitieuses en la matière. Des pouvoirs de cyberenquête seront confiés aux contrôleurs des caisses de sécurité sociale afin de mieux repérer et réprimer les fraudes à enjeu telles que le travail dissimulé. Les possibilités de déconventionnement seront étendues à tous les professionnels de santé en cas de fraude majeure. Les échanges d'informations seront renforcés, notamment entre les

greffiers des tribunaux de commerce et les caisses de sécurité sociale, pour mieux lutter contre le travail informel. Il sera mis fin à la possibilité de prescrire un arrêt maladie en téléconsultation, sauf pour le médecin traitant ou un médecin déjà consulté au cours des douze derniers mois.

Je m'arrête un instant sur cette mesure, qui a été âprement commentée depuis que je l'ai annoncée hier. Il ne s'agit pas de remettre en cause le remboursement des téléconsultations, qui continueront à être toutes remboursées. Il ne s'agit évidemment pas non plus de remettre en question le principe des arrêts maladie. Il s'agit de dire qu'il y a des abus et que certaines personnes enchaînent les téléconsultations jusqu'à trouver un médecin qui accepte de leur délivrer un arrêt maladie, parfois un peu complaisant. Lorsqu'un arrêt maladie est délivré en téléconsultation par un médecin qui n'est pas le médecin traitant, il est deux fois plus fréquent que la téléconsultation ne donne lieu à aucune prescription de médicaments ou de soins. Il faut regarder la réalité en face et chercher à répondre à ce problème, faute de quoi nous saperons durablement la confiance de nos concitoyens dans notre modèle social. Nous assumons donc cette mesure importante.

Nous renforcerons encore, au cours des débats, cet arsenal de lutte contre la fraude. Toutes vos propositions seront utiles. Je vous annonce d'ores et déjà que le Gouvernement déposera un amendement visant à ce que soient désormais facturés aux fraudeurs des frais de gestion en plus du recouvrement des sommes indues. Les Français n'en peuvent plus de payer pour ceux qui fraudent, ni pour les fonctionnaires chargés de contrôler, de repérer et de sanctionner ces fraudes.

J'insiste sur un point : je n'oppose pas ici la fraude fiscale et la fraude sociale. L'une comme l'autre minent l'esprit de civisme – certes à des degrés divers. L'une comme l'autre doivent être combattues sans relâche.

C'est le ministre délégué chargé des comptes publics qui vous le dit : cet été, Bercy a infligé à McDonald's une amende de 1,3 milliard d'euros pour optimisation fiscale ; l'an dernier, les droits demandés pour fraude fiscale ont atteint le niveau historique de 13 milliards ; cette année, mon ministère a transmis à la justice trois fois plus de dossiers de fraude fiscale que les années précédentes. Nous nous attaquons à toutes les fraudes, parce qu'elles minent le pacte républicain et notre modèle social.

Pour les débats qui nous attendent, j'appelle à contribution toutes les bonnes volontés de votre commission. Je sais pouvoir compter sur l'ensemble des composantes de la majorité présidentielle. Que vous soyez de droite ou de gauche, député ou députée du nord, du sud, de l'est ou de l'ouest, chacune et chacun d'entre vous a un rôle à jouer dans la refondation de notre système social. Chaque membre de cette commission souhaite un système plus simple, plus efficace et plus juste. Faisons ensemble de ce PLFSS un texte utile pour les Français.

À une époque de grande bascule, où le fracas de la guerre revient en Europe, où menacent le défi climatique et un risque d'effondrement de la biodiversité, où

même l'adhésion à notre modèle démocratique et social menace de céder, chacune et chacun d'entre nous a une responsabilité immense. Au-delà de nos clivages légitimes, sachons bâtir avec confiance, responsabilité et fermeté un PLFSS qui sera l'une des briques d'un pays plus uni et plus solidaire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, rapporteure pour l'équilibre général, les recettes et la santé, suppléant en outre M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Je vous remercie, messieurs les ministres, d'avoir présenté le premier PLFSS de la XVI^e législature.

S'agissant de l'évolution budgétaire, je me réjouis que les régimes de base de la sécurité sociale poursuivent leur trajectoire rapide de rétablissement des comptes, puisque le déficit va passer de 37,3 milliards d'euros en 2020 à 19,2 milliards en 2022, et tomberait à 7,6 milliards en 2023. J'y vois la preuve que la stratégie de maintien de nos concitoyens dans l'emploi grâce à une intervention massive de la sécurité sociale a largement porté ses fruits. Cependant, compte tenu des prévisions contrastées en fonction des branches, notamment de la dégradation rapide et massive des comptes de l'assurance vieillesse, notre devoir est de poursuivre le rétablissement des comptes, si nous tenons à notre modèle.

Je saisis cette occasion pour saluer mon prédécesseur, Thomas Mesnier. La réforme organique qu'il a défendue nous permet de disposer d'un délai d'examen plus confortable du PLFSS.

J'en viens au contenu du texte. Il s'agit de mon premier exercice en tant que rapporteure générale, et je me félicite que les chantiers annoncés par le Président de la République comme par notre majorité au cours de la campagne y soient d'ores et déjà inscrits. Je pense notamment aux rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie. Je salue également la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de la contraception d'urgence ainsi que des dépistages sans ordonnance des IST.

Je pense que nous pourrions avancer sur plusieurs autres chantiers qui me tiennent à cœur. De contacts réguliers avec les acteurs du soin dans les territoires, je retire la conviction que le partage de l'activité entre médecins et professionnels de santé est indispensable pour améliorer l'accès des Français aux soins. C'est d'ailleurs ce que nous faisons avec ce PLFSS, qui étendra aux pharmaciens et aux infirmiers la faculté de prescrire des vaccins. Nous pourrions accélérer ce mouvement en ouvrant l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA).

Je suis aussi convaincue que nous pouvons étendre les prérogatives des infirmiers diplômés d'État à la signature des certificats de décès et à la prescription d'arrêts de travail de très courte durée, dans le cadre de soins coordonnés avec les médecins. Monsieur le ministre de la santé, quelle est l'intention du Gouvernement concernant ces mesures, qui permettraient, je le crois, de libérer du temps médical et de valoriser les compétences de l'ensemble des professionnels de santé ?

Je pense également que nous devons agir de manière urgente et forte pour améliorer la santé des jeunes médecins ; les statistiques relatives à leur état de santé doivent nous alerter. Seriez-vous prêt à prévoir des moyens dédiés pour assurer le suivi médical et psychologique des internes, indépendamment de leur lieu de stage ?

Je souhaite enfin souligner l'effort consenti pour soutenir l'autonomie, un financement supplémentaire de 1,5 milliard étant consacré au secteur médico-social. Pensez-vous faire évoluer le modèle de financement des dispositifs d'appui à la coordination dans certains territoires ? Le Gouvernement estime-t-il opportun de laisser la possibilité au médecin coordonnateur de devenir le médecin traitant des résidents des EHPAD ?

Au nom de M. Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse, je ne peux que revenir sur les enjeux financiers de notre système de retraite, qui a tant agité les débats au cours des dernières semaines. Après le rapport remis par le Conseil d'orientation des retraites le 15 septembre dernier et l'avis rendu par le Comité de suivi des retraites le 22 septembre, les annexes au PLFSS 2023 présentent des trajectoires financières qui ne font que confirmer l'ampleur du déficit de la branche vieillesse, bien au-delà des craintes que nous pouvions nourrir jusqu'ici. Alors que le déficit de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base s'élevait à 8,5 milliards d'euros en 2025, il est désormais estimé, pour 2026, à 15,9 milliards. C'est absolument considérable : cela représente un peu plus de trois fois le déficit constaté en 2020, au pire moment de la crise sanitaire et économique. Messieurs les ministres, quels sont les principaux facteurs qui expliquent l'ampleur de cette dégradation ?

Par ailleurs, le niveau des dépenses lui-même va connaître, à court terme, une évolution majeure. Alors que nous avons approuvé dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) un objectif de dépenses de la branche vieillesse de 256,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, cet objectif est porté, pour 2023, à 273,3 milliards. Cette augmentation de 17 milliards, soit de 7 % environ, s'explique-t-elle principalement par l'impact prévu de l'inflation sur les dépenses ? Ou existe-t-il d'autres facteurs ?

Mme Annie Vidal, suppléant Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie. Me faisant la porte-parole de ma collègue Caroline Janvier, je me réjouis que le Gouvernement ait choisi d'engager de nouvelles mesures ambitieuses de soutien à l'autonomie dans le cadre de ce premier PLFSS de la législature. Force est de constater que, PLFSS après PLFSS, la branche autonomie prend forme et grandit : l'objectif de dépenses pour 2023 est fixé à 37,3 milliards d'euros, soit une augmentation de près de 2 milliards par rapport à l'objectif rectifié pour 2022. C'est une hausse de plus de 5 %, ce qui est considérable.

Ces chiffres sont la traduction de plusieurs mesures tangibles.

Le texte que vous présentez pose tout d'abord les premiers jalons du plan de recrutement d'environ 50 000 aides-soignantes et infirmières dans les EHPAD sur

les cinq prochaines années. Nous ne pouvons que saluer la concrétisation de cet engagement du Président de la République, qui constitue une première réponse à la préoccupante pénurie de personnels constatée dans de nombreux établissements. Le présent PLFSS permettra ainsi de créer 3 000 postes supplémentaires, pour un coût d'environ 172 millions d'euros. Au-delà de ce vaste plan de recrutement, il y a un enjeu majeur, celui de l'attractivité des filières de l'accompagnement social et médico-social. Nous nous devons d'être à la hauteur en poursuivant nos efforts pour valoriser ces métiers.

Le texte comporte en outre une réforme d'ampleur visant à prévenir les abus et les dérives dans la gestion financière des EHPAD privés commerciaux. Au printemps dernier, dans le cadre d'une mission flash consacrée à ce sujet à la suite des révélations de l'affaire Orpea, Caroline Janvier, Jeanine Dubié et Pierre Dharréville ont constaté que le secteur était de plus en plus financiarisé et qu'il existait de nombreux angles morts dans le contrôle par l'État de l'utilisation des deniers publics. Reprenant un certain nombre de leurs préconisations, l'article 32 du PLFSS renforce les exigences de transparence s'appliquant à la gestion comptable et financière des EHPAD et dote les autorités publiques de prérogatives renforcées en matière de contrôle et de sanction de ces établissements.

N'ayant pas le temps de revenir sur les autres mesures prévues, je dirai pour conclure que nous devons être à la hauteur du défi que représente le vieillissement de la population.

M. Paul Christophe, rapporteur pour la famille. Je commencerai par souligner l'importance des moyens dédiés à la branche famille, en nette augmentation par rapport à l'année 2022 – vous l'avez rappelé, monsieur le ministre des solidarités.

Ce PLFSS comporte principalement deux mesures d'importance dans le champ de la famille. La première, la réforme du CMG, constitue le premier jalon du service public d'accueil de la petite enfance annoncé par le Président de la République. L'article 36 prévoit en effet une réforme du calcul du CMG tendant à pallier une profonde injustice : l'inégalité d'accès aux modes de garde en fonction des revenus des familles. Il comprend en outre des dispositions visant à répondre à la situation particulière des familles monoparentales, dont l'accompagnement constitue une priorité depuis le précédent quinquennat. Le CMG sera ainsi étendu, pour ces familles, aux enfants âgés de 6 à 12 ans. Enfin, le CMG emploi direct pourra désormais être partagé entre les deux parents en cas de garde alternée de l'enfant, afin de s'adapter au mieux à la situation et à la singularité de chaque famille.

Les premières auditions ont fait apparaître une interrogation : la rémunération horaire n'excéderait pas un plafond fixé par décret, alors qu'il est nécessaire de prendre en compte les tarifs majorés pour garde atypique ou liés à une situation de handicap. Pouvez-vous nous éclairer sur ce point, monsieur le ministre ?

La seconde mesure porte sur la simplification et la modernisation du versement des indemnités prévues pour l'arrivée d'un enfant. L'article 37 du PLFSS assurera une garantie financière aux parents en systématisant la subrogation de l'employeur pour le paiement des indemnités journalières (IJ) pendant les congés maternité, paternité et adoption. Une telle mesure favorisera la conciliation entre vie professionnelle et vie privée et contribuera à une plus grande équité entre les salariés, en garantissant leur indemnisation, quelle que soit la nature de leurs revenus.

En somme, ce sont des mesures de justice, d'équité et de bon sens qui sont proposées dans ce texte. Je considère ces mesures ambitieuses comme le début d'un parcours commun pour répondre au défi de société que représente la meilleure prise en charge de nos enfants. Il nous faut néanmoins continuer de concrétiser cette volonté pendant ce quinquennat, sans plus attendre.

M. Thibault Bazin, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Je remercie à mon tour le précédent rapporteur général, Thomas Mesnier, d'avoir défendu une réforme du cadre organique des LFSS qui nous permet de disposer désormais de délais plus raisonnables pour prendre connaissance du texte et déposer des amendements.

Je tiens à saluer un certain nombre de mesures qui figurent dans le PLFSS 2023. Je pense notamment aux crédits supplémentaires accordés aux maisons de retraite, pour leur permettre de faire face à l'inflation, et surtout au bouclier tarifaire sur l'énergie, analogue à celui dont bénéficient les particuliers. Je citerai également le prolongement jusqu'au 1^{er} janvier 2024 du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, qui permet de soutenir le secteur agricole.

Rapporteur de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), au titre de l'opposition, je relève que les objectifs de dépenses de la branche pour 2023 sont fixés à 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. En 2021, le solde de la branche AT-MP est redevenu positif, à hauteur de 1,3 milliard. Ce solde devrait encore s'améliorer, pour atteindre 2 milliards cette année, puis 2,2 milliards l'année prochaine. Dans la mesure où « pour faire bien, il faut voir loin », je vous propose de nous projeter jusqu'en 2026, comme nous y invite l'annexe B du PLFSS : à cet horizon, le solde de la branche devrait connaître un excédent de plus de 3 milliards.

S'agissant des mesures contenues dans le texte, je tiens à saluer l'amélioration de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs, des collaborateurs et des aidants familiaux, qui est prévue à l'article 40.

Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, je souhaite vous interroger sur le fonctionnement de la médecine du travail. J'ai pu constater dans mon département que les rendez-vous périodiques n'étaient plus assurés, faute de professionnels de santé et de moyens, ce qui peut fragiliser la forte ambition en

matière de prévention. Comment l'activité de la médecine du travail a-t-elle évolué au niveau national ? Quelles tendances avez-vous pu observer ? Comment la réforme que nous avons adoptée l'an dernier pour renforcer la prévention en santé au travail est-elle mise en œuvre ?

Mme Prisca Thevenot, rapporteure d'information de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Au nom de la délégation aux droits des femmes, je tiens à vous remercier, madame la présidente, de m'avoir permis de m'exprimer ici et de porter la voix des femmes.

Si beaucoup a été fait au cours du précédent quinquennat, il reste encore à faire, notamment en matière de santé des femmes. Il est essentiel que nous considérons la santé des femmes de bout en bout, de l'adolescence à la séniorité. Ce début de législature et ce premier PLFSS sont l'occasion de poser la première pierre d'une véritable stratégie nationale pour le parcours de santé des femmes. Si le PLFSS 2023 n'avait pas vocation à régler l'ensemble des questions liées à la santé des femmes, nous relevons dans ce texte des avancées, que nous pensons pertinent de rendre plus spécifiques.

S'agissant de l'article 17, relatif aux consultations de prévention en santé, il est essentiel que ce suivi à l'âge adulte s'inscrive dans la continuité des vingt rendez-vous de santé obligatoires du mineur. Il conviendra sans doute de réfléchir à une mise en cohérence afin de les rendre parfaitement lisibles et complémentaires. Surtout, le contenu des visites devrait être spécifié, adapté au corps féminin et communiqué clairement aux professionnels, de façon qu'ils répondent de façon globale aux besoins des corps des femmes, qui sont particuliers. Plus globalement, je tiens à le souligner ici, des campagnes de communication et d'information doivent absolument être lancées afin que ces mesures soient connues de leurs bénéficiaires et soient réellement efficaces.

J'en viens à l'article 19, qui prévoit la gratuité de la contraception d'urgence pour toutes les femmes. La délégation aux droits des femmes sera particulièrement attentive aux modalités garantissant la confidentialité de cette démarche, en particulier pour les jeunes majeures encore ayants droit de leurs parents. C'est ici un point d'alerte : nous nous devons de garantir la confidentialité pour les jeunes majeures vis-à-vis de leurs parents, de la même manière que pour les mineures. La procédure permettant aux pharmaciens de renseigner un numéro d'inscription au répertoire anonyme serait tout à fait adaptée de ce point de vue.

Étant prise par le temps, j'aborderai ultérieurement l'endométriose.

Mme la présidente Fadila Khattabi. C'est effectivement un sujet important. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Un PLFSS traduit des objectifs politiques en matière sanitaire et sociale ainsi que la trajectoire chiffrée correspondante pour l'année à venir. Le PLFSS 2023 met en lumière trois grandes

priorités politiques du Gouvernement au service des Français à tous les âges de leur vie : la prévention et l'accès aux soins ; la construction d'un nouveau service public pour les jeunes enfants et les familles ; la volonté de bien vieillir, en particulier de bien vieillir chez soi. Ce PLFSS matérialise aussi, dans un contexte de très forte inflation, un effort financier considérable pour investir dans la modernisation du système de santé et valoriser les professionnels qui le font vivre, tout en tenant le cap du redressement des comptes sociaux.

Commençons par la grande priorité de ce PLFSS : la prévention et l'accès aux soins. Trop longtemps, nous avons collectivement fait le choix du curatif au détriment du préventif. Ce texte marque l'entrée dans une véritable ère de la prévention, notamment grâce à l'instauration de bilans de santé intégralement pris en charge par l'assurance maladie aux âges charnières de la vie – ma collègue Prisca Thevenot a rappelé en outre les mesures qui concernent les femmes. Pour être pleinement efficace et éviter les biais individuels, cette prévention devra à l'avenir être non seulement personnelle, mais aussi collective. À cette fin, elle devra s'appuyer sur une diversité d'acteurs, notamment sur ceux de la protection maternelle et infantile (PMI), de la protection de l'enfance, de la médecine scolaire et de la médecine du travail, ou encore sur les associations – et pas simplement sur les acteurs de la santé.

Face au problème de la désertification médicale et des inégalités territoriales, qui se traduit d'ailleurs par des disparités régionales en matière d'espérance de vie, qui ont été rappelées dans la récente étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) relative à l'état de santé des Français, ce PLFSS prévoit de reconquérir du temps médical dans tous les territoires, en simplifiant, en renforçant la coordination des politiques d'installation, en rénovant la vie conventionnelle entre professionnels de santé et assurance maladie et en introduisant une quatrième année d'internat pour les médecins généralistes. Monsieur le ministre de la santé, comment ce PLFSS pourra-t-il être enrichi par les discussions du CNR et par celles du groupe de travail parlementaire transpartisan sur les déserts médicaux ?

Je ne reviens pas sur les grandes avancées en matière d'accompagnement des jeunes enfants et des familles, autre grande priorité.

Notamment pour mieux prendre en considération le polyhandicap, le PLFSS 2023 prévoit une forte augmentation de l'objectif de dépenses en faveur des personnes en situation de handicap, plus importante que la progression moyenne de tous les autres sous-objectifs.

J'évoque pour terminer la volonté de mieux vieillir en France. Le PLFSS prévoit d'augmenter le temps de présence et d'encadrement des soignants auprès des résidents des EHPAD, grâce au lancement – enfin – du plan de recrutement de 50 000 infirmiers et aides-soignants. À cela s'ajoutent des exigences de transparence et de régulation financière des EHPAD. Par ailleurs, le texte tient compte du souhait, largement majoritaire parmi nos concitoyens, de bien vieillir chez soi. Il amorce en

la matière un vrai tournant, que nous appelons de nos vœux. À cette fin, 680 millions d'euros visent à compenser, pour les départements, la dotation qualité, à savoir 3 euros par heure qui s'ajoutent au tarif plancher de 22 euros par heure pour les services d'aide à domicile. Le texte prévoit en outre la bonification de la tarification des soins infirmiers à domicile. À compter de 2024, les personnes âgées pourront bénéficier de deux heures supplémentaires de vie sociale.

Cette construction du bien vieillir est complétée par d'autres mesures : le lancement de MaPrimeAdapt' visant à faciliter l'aménagement des logements, dont le financement est inscrit dans le projet de loi de finances pour 2023 ; l'ouverture aux proches aidants de la validation des acquis de l'expérience (VAE), prévue par le projet de loi portant mesures d'urgence relatives au fonctionnement du marché du travail en vue du plein emploi, que nous examinerons à partir de demain. Une loi « grand âge » serait précieuse pour aborder les autres éléments relatifs à la société du vieillissement et pour tracer un chemin d'action.

Le groupe Renaissance soutient ce PLFSS.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Monsieur le ministre de la santé, le premier PLFSS de ce nouveau quinquennat s'inscrit malheureusement dans la logique des précédents. Vous revendiquez même la filiation avec le plan Ma santé 2022, dont vous avez vous-même reconnu l'inefficacité puisque vous avez mené cet été à une mission « flash » sur les urgences. Si la fin de la crise sanitaire fait reculer de façon significative le déficit de la sécurité sociale, les orientations restent les mêmes.

Évidemment, vous n'avez pas la réponse à la grande question soulevée à propos de ce texte ; vous devez comme nous attendre la décision jupitérienne ! Je pense bien sûr à la réforme des retraites, aussi inutile qu'injuste.

Je ne vois dans ce texte aucune mesure d'envergure à même de redresser notre système de santé, alors que les sujets ne manquent pas : augmentation du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique, vieillissement de la population, érosion des personnels soignants à l'hôpital, raréfaction des visites à domicile, disparition des tours de garde, progression des déserts médicaux. Vous refusez de sortir de la logique administrative si bien incarnée par les agences régionales de santé (ARS). Pourtant, la proposition de Marine Le Pen de placer des binômes administratif-médecin à la tête des hôpitaux paraît à beaucoup une mesure de bon sens.

Les dispositions que vous prenez pour vous attaquer à la désertification médicale sont dérisoires. Je ne vois rien non plus pour redonner espoir à tous ces personnels soignants qui ne trouvent plus de sens à leur métier, voire qui l'abandonnent. Enfin, je ne vois rien pour répondre à la crise des urgences, dont les effets sont régulièrement décrits par les médias.

Au moment où nous entamons nos travaux sur le PLFSS, monsieur le ministre, permettez-moi de citer trois de nos priorités : la réorganisation de l'hôpital, la nécessaire remédicalisation des EHPAD et le soutien aux proches aidants, qui sont, au bout du compte, ceux qui font tenir tant bien que mal notre système de soins.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Étant habitués à recevoir le PLFSS à midi le jour de sa présentation et à organiser des auditions sans en avoir pris connaissance, nous pourrions être satisfaits de le recevoir désormais plus en amont. Toutefois, la situation est pire qu'avant : malgré toutes les gesticulations concernant un prétendu changement de méthode, nous ne savons toujours pas ce qu'il en est d'une éventuelle réforme des retraites par voie d'amendement. Pour résumer, vous faites semblant d'organiser une consultation sur un sujet que vous dites essentiel mais qui ne figure pas dans le texte principal, et à propos duquel la quasi-totalité des groupes de cette assemblée vous ont déjà dit non. Pour vous faire gagner du temps, je vous le redis ici : nous ne voulons pas de votre épouvantable réforme des retraites ; quelles que soient ses modalités, vous nous trouverez sur votre chemin pour l'empêcher.

Monsieur le ministre délégué chargé des comptes publics, je vous pose une question à la fois précise et générale : allez-vous enfin cesser de créer sciemment ce que vous appelez le « trou de la sécu » ? En cas de réponse négative, pourriez-vous admettre enfin que vous privilégiez le profit de quelques-uns au détriment de la santé de tous ? En poursuivant les exonérations et réductions de cotisations, vous continuez d'appauvrir les salariés, puisque vous les privez d'une partie du salaire indirect qui leur revient, et vous enrichissez le capital, qui, loin d'augmenter les salaires directs, est gagnant sur tous les plans.

J'ai de nombreuses autres questions, qui s'adressent à tous : le fameux plan de recrutement de 210 000 soignants au minimum afin de freiner la maltraitance institutionnelle figure-t-il dans ce PLFSS ? Ce sera finalement 50 000 soignants, certainement pas en urgence, mais sur cinq ans. Où sont les autres mesures en faveur des EHPAD, que je cite à l'envi depuis des années ? Je sais que vous en avez marre, mais vous n'avez pas fini d'en entendre parler, puisque vous ne répondez pas aux préconisations.

Vous prévoyez d'augmenter le prix du tabac. Nos buralistes sont l'un des derniers commerces de proximité, et l'État leur en demande toujours plus. Ces commerces d'utilité locale – c'est ainsi qu'ils s'appellent – vivent essentiellement de la vente de cigarettes. Voulez-vous donc la fin de nos commerces d'utilité locale ? Souhaitez-vous qu'ils disparaissent en même temps que les bureaux de poste et les guichets SNCF ?

Vous allez me répondre que les Français fumeront moins si le prix du paquet de cigarettes augmente. Or nous avons tous remarqué, lors du premier confinement, que les chiffres précédents étaient erronés. Soit tous les fumeurs ont repris à cette occasion – certes, c'était stressant –, soit ils ont de nouveau acheté leurs cigarettes en France...

Par ailleurs, avez-vous tiré des leçons de la crise sanitaire ? Prévoyez-vous la création d'un pôle public du médicament, la levée des brevets sur les vaccins, l'ouverture de lits supplémentaires dans les hôpitaux ?

J'en viens au déremboursement de certains arrêts de travail. Décidément, vous débordez d'ingéniosité ! Après la chasse aux pauvres, aux chômeurs et aux retraités, voilà désormais la chasse aux malades ! Au demeurant, j'ai expliqué à plusieurs reprises à quel point la téléconsultation était une mauvaise idée, et avancé des propositions concernant la télé médecine. Vous n'avez rien voulu entendre et cherchez désormais des responsables à vos propres turpitudes.

Enfin, qu'attendez-vous pour vous occuper des exclus du Ségur de la santé ? Ces milliers de personnes ne semblent guère retenir votre attention, puisqu'aucun d'entre vous, messieurs les ministres, ne daigne être présent au rendez-vous que j'aurai demain à Bercy, pourtant proposé par le ministère lui-même, pour évoquer la proposition de loi que nous avons déposée à ce sujet.

Je ne fonde pas de grands espoirs sur vos réponses. Ce PLFSS annonce toujours les mêmes catastrophes : l'effondrement de l'hôpital public, la maltraitance de nos aînés, la mort au travail. Ce ne sont pas les quelques mesurette que vous feignez de prendre qui rendront effectif le droit à la santé dans notre pays. Bien au contraire, tant que votre gouvernement sera au pouvoir, être vivant et en bonne santé deviendra un luxe de plus en plus inaccessible pour beaucoup de nos concitoyennes et concitoyens.

M. Philippe Juvin (LR). La lecture du PLFSS révèle que la dette est désormais devenue une des modalités normales et pérennes de financement de la protection sociale. En Europe, seule l'Espagne présente une situation similaire sur la durée. Cette dette est non seulement antiéconomique, mais elle fait peser un risque financier grave sur les assurances sociales et leur fonctionnement. D'ailleurs, le risque en matière de santé se réalise déjà : vous connaissez tous des exemples de Français qui, malheureusement, ne peuvent pas se faire soigner correctement.

Qui plus est, le déficit de la sécurité sociale est sous-estimé, car le solde intègre des subventions d'équilibre implicites des pouvoirs publics, notamment sous la forme de surcotisations aux régimes des pensions des fonctionnaires civils et militaires. Sans ces surcotisations, le déficit serait plus élevé, d'un montant supérieur ou égal à 30 milliards d'euros.

Enfin, la réduction du déficit par rapport à l'année dernière est incertaine. Nous pouvons en effet nous interroger sur certains des moyens que vous employez à cette fin. Vous avez eu raison de diminuer la provision pour les tests, mais allons-nous réellement réaliser une économie de 10 milliards d'euros, sachant que l'épidémie de covid reprend ? L'effort de 1,1 milliard sur les médicaments est-il justifié, alors que se pose la question de l'innovation en France ? Certains médicaments innovants ne sont pas disponibles pour nos concitoyens, alors qu'ils le

sont chez nos voisins. Vous cherchez, fort légitimement, à réduire le déficit, mais les mesures que vous prenez sont parfois contestables.

Ce qui manque, c'est une stratégie structurelle de réduction des déficits. La clé, c'est non pas le rabot, mais l'amélioration de la qualité. Il y a une grande discordance entre le montant très élevé des dépenses de santé et l'efficacité de ces dépenses : chacun peut constater que les indicateurs sanitaires ne sont pas bons, voire s'effondrent pour certains. En d'autres termes, nous mettons beaucoup d'argent dans la santé, mais nous n'en avons pas pour notre argent.

Quelles sont les pistes ? Faire confiance aux acteurs et mettre en avant la qualité. Ne faudrait-il pas, par exemple, une stratégie pour prendre en charge les covid longs, quelque peu oubliés, et pour aller chercher les nombreux cancers qui n'ont pas été correctement diagnostiqués et traités ? Ne faudrait-il pas que l'argent soit consacré aux soins ? Dans le tableau des emplois de la fonction publique hospitalière, il y a davantage d'agents de l'administration que de médecins – 105 000 équivalents temps plein contre 94 000, d'après le dernier rapport de la Drees. C'est un symbole, me direz-vous, mais il est assez frappant.

Les médecins libéraux vous diront la même chose : ils sont surchargés d'embêtements – je le dis poliment – administratifs et de complications. Il faut leur faciliter la vie. Je suis d'accord avec vous, il faut mieux faire travailler les acteurs ensemble : la ville et l'hôpital ; l'hôpital et le médico-social ; la ville et le médico-social. Mais on n'y parviendra pas simplement en donnant la possibilité aux pharmaciens et aux infirmiers de prescrire des vaccins. Il faut aller plus loin, envisager peut-être les prescriptions infirmières.

Vous avez raison, la prévention est un volet important, mais il ne suffit pas de le dire : il faut agir. Selon moi, l'eau que l'on boit, l'air que l'on respire et la nourriture que l'on mange font aussi partie de la prévention.

Il faut en outre revaloriser le travail de nuit des soignants.

Monsieur le ministre, vous avez remercié à juste titre les hommes et les femmes qui ont élaboré ce PLFSS, et je les remercie à mon tour. Je crois aussi pouvoir, en votre nom à tous, adresser mes remerciements aux soignants qui travaillent nuit et jour pour tenir un système qui s'appauvrit inexorablement.

M. Philippe Vigier (Dem). Dans ce budget, monsieur le ministre de la santé, on reconnaît votre patte, notamment la volonté que vous avez affichée en matière de prévention, dès que vous avez été nommé au Gouvernement. On y trouve les premières briques : les trois consultations aux âges clés de la vie ; des avancées notoires en matière de santé sexuelle et reproductive – je tiens à les souligner à mon tour au nom du groupe Démocrate. Cette première étape en appelle d'autres. Pouvez-vous nous éclairer sur la politique de long terme que vous souhaitez conduire en la matière ? Il y a actuellement, vous le savez, un éclatement des politiques de

prévention. Au nom de l'efficacité, allez-vous rassembler leur pilotage au sein d'une direction générale unique ?

Monsieur le ministre délégué chargé des comptes publics, vous avez employé des mots très forts à propos de la lutte contre les fraudes sociale et fiscale. J'avais remis un rapport à ce sujet il y a quelques années. En la matière, il ne faut pas avoir la main qui tremble. S'il y a des dérives inacceptables de la part de certains professionnels, il faut y mettre fin, de même qu'à tous les soins non justifiés. C'est en effet une capacité d'investissement que nous perdons pour d'autres patients. Vous nous trouverez à vos côtés pour lutter contre les fraudes à l'assurance maladie ; nous ne pouvons pas continuer ainsi.

J'en viens à la désertification médicale et à l'accès aux soins, monsieur le ministre de la santé. Qu'envisagez-vous au-delà de l'extension de la prescription des vaccins ? *Quid* de la régularisation des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) ? Qu'en est-il des délégations de tâches ? Irez-vous jusqu'à modifier des conventions ? Le cœur du problème, c'est le nombre d'heures de médecin disponibles. Certains collègues ont évoqué la délivrance des certificats de décès et la santé au travail, autre sujet très important. Peut-être faudrait-il former davantage d'infirmières au travail, qui pourraient participer à ce chaînage indispensable.

Des groupes de travail réfléchissent à des mesures de lutte contre la désertification médicale. Êtes-vous disposé à retenir, dans le cadre de ce PLFSS, un certain nombre de propositions qui vous seront soumises ?

Monsieur le ministre des solidarités, nous avons créé la cinquième branche, ce qui a suscité beaucoup d'attentes. Vous allez attribuer 560 millions d'euros supplémentaires à la branche. J'espère que 2023 sera une année charnière pour bâtir la grande loi « dépendance » ou « grand âge » que tous attendent.

Monsieur le ministre de la santé, le PLFSS affiche un Ondam en hausse de 3,7 %, et un Ondam hospitalier en progression de 4,1 %. Aurez-vous les moyens de tout faire : financer les investissements prévus, faire face aux surcoûts dus à l'inflation et à l'augmentation des prix de l'énergie, revaloriser les salaires ?

Depuis quinze ans, malheureusement, on a pris l'habitude de raboter les dépenses de remboursement des médicaments. Chaque année, un nombre croissant de spécialités pharmaceutiques manque à l'hôpital ou en ville. Allons-nous inverser cette tendance folle ? Nous pourrions nous assigner une grande ambition : relocaliser la production de médicaments en France et en Europe.

Vous connaissez parfaitement le secteur hospitalier. Nous savons très bien quelles sont les limites du mode de gouvernance actuel. Sa réforme sera-t-elle sur votre bureau dans les années qui viennent ? La voie à emprunter n'est-elle pas d'accroître le rôle des médecins et d'écouter davantage les usagers, afin d'éviter que la technostructure hospitalière n'ait la main sur la vie de tous nos établissements ?

Les espaces santé numériques lancés par votre ministère commencent à bien irriguer les territoires. Leur déploiement sera-t-il accéléré ? Je suis persuadé que c'est un gage d'efficacité. Nous apporterons ainsi une meilleure réponse à nos concitoyens.

M. Jérôme Guedj (SOC). J'ai cherché à qualifier ce PLFSS et, comme je suis un garçon sympathique et bienveillant, je me suis arrêté sur le terme « baroque ».

Vous avez fait entendre l'antienne du compromis dès le début de la législature ; or, contrairement à la commission des finances, la commission des affaires sociales n'a pas eu droit de débattre de ce PLFSS avec Bercy et dans le cadre du Ségur de la santé alors que ce budget représente tout de même 570 milliards d'euros contre les 480 milliards relevant de l'État : le jour où l'on sera à parité, on pourra considérer que l'on est aussi bien traité !

De plus, vous assurez que nous pourrions enrichir ce texte par nos amendements ; or, vous savez fort bien que leur recevabilité sera problématique.

Enfin et surtout, vous avez fait peser d'emblée sur ce texte une formidable épée de Damoclès en laissant entendre que la « réforme » des retraites pourrait être discutée dans le cadre d'un amendement et adoptée en utilisant l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Tout plaide en faveur d'un PLFSS plus roboratif et nous restons sur notre faim ! C'est le premier de la législature, des engagements ont été pris et il ressemble à un PLFSS de fin de mandat !

Nous sortons d'une crise sanitaire, le pouvoir d'achat des Français est en berne – en particulier pour les familles monoparentales –, les urgences, l'hôpital public, l'accès au soin, l'affaire Orpea, les promesses non tenues de réformes en faveur du grand âge depuis quatre ans et... rien ! Vous vous payez de mots en parlant de « briques », de « première pierre », de « mur porteur » pour répondre aux défis de demain, et vous n'avez pas même de plan ! Comment voulez-vous dès lors construire une maison ? Vous nous renvoyez au CNR mais où est la cohérence d'ensemble ?

Je suis attristé que M. le ministre Jean-Christophe Combe soit le maître de cérémonie dans l'enterrement de première classe de la loi « grand âge et autonomie », pourtant attendue par tous. Vous avez assuré qu'elle n'était pas nécessaire et que vous agiriez dans le cadre du PLFSS ; or, ce qui s'y trouve en la matière est presque indécent. Dans son discours de politique générale, la Première ministre a déclaré vouloir créer 50 000 postes dans les EHPAD en cinq ans alors que tout le monde sait que cela ne suffira pas. Selon la Fédération hospitalière de France, il en faudrait trois ou quatre fois plus... et vous créez seulement 3 000 postes ? Vous allez invoquer les difficultés de recrutement. Mais ce n'est pas avec un demi-poste de plus dans les 7 200 EHPAD de France que les conditions de travail des professionnels vont s'améliorer !

De plus, vous ajoutez deux heures de lien social par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie mais personne ne sait à quoi cela correspond.

S'agissant du bouclier tarifaire, je n'ai pas bien compris quelles mesures étaient susceptibles de protéger les établissements de l'inflation.

Enfin, c'est la première fois depuis 1996 qu'un Ondam est inférieur à l'inflation. J'espère que vous mesurez les conséquences que cela peut entraîner... Sur les 3,7 % de hausse de l'Ondam, 0,4 point sont liés au point d'indice : vous ne pourrez pas vous réfugier derrière un Ondam en apparence important mais qui n'applique aucune mesure qui devrait l'être.

M. Thomas Mesnier (HOR). Le PLFSS est un moment important de notre vie parlementaire, un moment de débat et de choix essentiels pour ce véritable trésor national qu'est notre protection sociale.

Je me réjouis que, cette année, nous commençons notre discussion plus tôt, grâce au nouveau cadre organique que j'ai défendu et qui nous laisse du temps pour travailler plus en amont. Je salue tous ceux qui ont contribué à la préparation de ce texte.

Autre motif de satisfaction : la réduction du déficit annoncé. Après des déficits historiques – 39,7 milliards d'euros en 2020 – le solde des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse s'est redressé en 2021 et en 2022 grâce à la politique menée, à la reprise économique et aux créations d'emploi. Le déficit devrait atteindre 17,8 milliards en 2022 et vous estimez qu'il sera de 6,8 milliards en 2023 – ce qui est encourageant – avant des perspectives d'aggravation en 2026, notamment dans la branche vieillesse, avec un déficit à hauteur de 15,9 milliards, ce qui implique d'engager une réforme des retraites. Quels que soient le moment ou les modalités proposés par le Gouvernement, notre groupe sera à vos côtés pour la mener à bien.

Hors crise du covid, l'Ondam progresse de 3,7 % et l'Ondam « établissements de santé » de 4,1 %, ce qui doit permettre une nouvelle fois, après la LFSS 2022, de ne procéder à aucune économie sur l'hôpital.

Nos soignants, que je salue, dénoncent les dérives de l'intérim, ce cancer de l'hôpital public. Pouvez-vous détailler la mesure que vous avez prise dans ce PLFSS afin de lutter contre ce fléau ? Ne craignez-vous pas qu'elle soit contournée par des contrats de gré à gré dès le début de carrière ? Quand prendrez-vous le décret d'application de la loi « Rist » visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification que nous avons votée en 2021 ?

La création d'une quatrième année d'internat de médecine générale, un internat harmonisé, un statut de docteur junior sont autant de perspectives intéressantes mais des questions se posent. Quand la mission annoncée rendra-t-elle ses conclusions ? Quel sera le calendrier d'application de la réforme ? Avez-vous

d'ores et déjà évalué les conséquences du retard d'un an avant l'arrivée de toute une promotion sur le terrain ?

Le ministère de la santé est également celui de la prévention. À ce titre, le PLFSS va de l'avant avec les consultations aux âges clés de la vie, l'élargissement de la possibilité de vacciner par différents professionnels de santé, la lutte contre le tabagisme. Nous saluons également les diverses mesures visant à lutter contre la fraude, en particulier celle concernant les arrêts de travail, lesquels ont explosé ces derniers mois par le biais de la téléconsultation.

J'aurais souhaité aborder la question du médicament, celle du cannabis thérapeutique – quelle perspective comptez-vous donner à l'expérimentation, laquelle touche à sa fin ? – mais d'autres sujets sont tout aussi importants.

Je ne reviens pas sur la branche famille, rapportée par Paul Christophe, sauf pour saluer l'extension du complément de libre choix du mode de garde en la portant de 6 à 12 ans pour les enfants de familles monoparentales.

Enfin, deux ans après sa création et après une année 2022 marquée par des efforts pour favoriser l'attractivité des métiers, l'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation qualité, la cinquième branche autonomie prend un peu plus corps puisque le financement du soutien à l'autonomie progressera fortement en 2023, avec un objectif global de dépenses en hausse de 5,2 % pour les personnes âgées et de 5,1 % pour les personnes en situation de handicap.

Renforcer la présence des soignants auprès des résidents en EHPAD et lutter contre l'isolement au domicile : autant de promesses de campagne qui se concrétisent dans ce PLFSS !

Le groupe Horizons et apparentés vous assure de son soutien, de sa volonté de protéger toujours plus les Français et de garantir la soutenabilité de notre modèle social.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Vous nous aviez dit que vous changeriez de méthode, que cette législature serait celle du dialogue et de la concertation sociale. Vous nous l'aviez promis, la main sur le cœur : c'était le sens même de votre CNR et de ses groupes de travail. Or, Olivier Véran puis, aujourd'hui, Élisabeth Borne nous expliquent que la réforme des retraites pourrait être votée dans un amendement au PLFSS. Je vous propose que nous le discutions à trois heures du matin pour que les Français aient une idée de ce que vous entendez par concertation et volonté de compromis ! De surcroît, vous n'en avez pas dit un mot ici alors qu'il s'agit bel et bien d'une épée de Damoclès.

L'hôpital était en crise : si ce PLFSS est voté, il le sera encore. L'inflation y est insuffisamment compensée, l'Ondam ne permettra pas de financer les établissements, ce qui entraînera inévitablement une aggravation des restrictions

budgetaires. Vous vous réjouissez d'une stagnation ; or, l'hôpital se meurt et vous regardez ailleurs.

En 2023, la France ne dépensera qu'1 milliard pour lutter contre le covid-19 alors qu'elle en avait dépensé 12 en 2022, cette provision ayant d'ores et déjà été qualifiée de très insuffisante par le Haut Conseil des finances publiques consulté pour avis dans le cadre de l'élaboration de ce PLFSS.

Des économies, vous en faites beaucoup : dans un contexte de crise sanitaire, alors que 5,1 millions de Français n'ont pas de médecin traitant et que, selon l'Observatoire Place de la Santé-Mutualité française, 7 400 000 de nos concitoyens vivent dans des déserts médicaux, comment justifiez-vous le déremboursement des arrêts de travail délivrés en téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant ? Votre priorité est-elle vraiment de garantir à tous, sur tout le territoire, un égal accès au soin ? Permettez que nous en doutions. Pour assurer le financement des recettes, vous auriez pu regarder du côté des cotisations patronales qui, depuis 1990, ont continûment diminué. Aujourd'hui, c'est historique, ce sont les ménages, devant les entreprises, qui sont les premiers financeurs de la sécurité sociale.

Votre projet est également insuffisant s'agissant de l'autonomie, tant en ce qui concerne les mesures destinées aux personnes âgées que celles pour les personnes en situation de handicap. Aucune proposition de transformation en profondeur de ce secteur en difficulté alors que les rapports Libault et El Khomry, commandés par vos prédécesseurs, faisaient déjà état d'une situation très préoccupante !

Face aux enjeux posés par le vieillissement d'une population plus exposée aux risques sociaux et environnementaux, une action d'ampleur s'impose. La perte d'attractivité des métiers de l'autonomie est alarmante ; la baisse de 25 %, en six ans, des candidatures aux concours d'accès aux métiers clés d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social en est un exemple ; elle est d'autant plus dommageable que les Français veulent de plus en plus vieillir à domicile, souhait que renforcent les scandales à répétition au sein des EHPAD. Là encore, vous auriez pu transformer en profondeur ces établissements, dont le modèle doit être rapidement réformé, et constater simplement qu'il n'est pas possible de faire des profits sur la vie de nos anciens.

Face au manque de moyens humains et financiers, au manque d'accompagnement psychologique des personnels et au manque de reconnaissance de ces métiers cruciaux, que promettez-vous ? Des mesurette et aucun plan d'investissement d'ampleur dans la cinquième branche. Selon le rapport Libault, les besoins du secteur de l'autonomie s'élèveront pourtant à 6 milliards d'euros en 2024 et à 10 milliards en 2030.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Au-delà de votre marketing autour de la refondation, vous devez discuter « pour de vrai » avec le Parlement des problèmes qui se posent. Nous allons commencer tant bien que mal, puisque nous ne disposons de votre texte que depuis quelques heures.

Certes, des mesures que vous mettez en avant vont dans le bon sens, comme la revalorisation de l'allocation de soutien familial et la gratuité de la contraception d'urgence, mais c'est l'arbre qui cache la forêt, laquelle brûle.

De plus, vous ne répondez pas aux nombreuses urgences sociales de notre pays que la crise sanitaire a amplifiées. Je pense aux ruptures de parcours de soins – vos choix politiques ont asphyxié les hôpitaux publics, qui sont en crise, et leurs personnels, qui sont révoltés – mais aussi aux fermetures de lits et de services, au virage ambulatoire, qui a surtout profité au secteur privé, tout cela ayant contribué à accroître la désertification médicale.

Le dernier rapport de la Drees confirme d'ailleurs le creusement des inégalités territoriales et socio-économiques face à la santé : à partir de 35 ans, les hommes cadres vivent en moyenne six ans de plus que les ouvriers, cet écart étant de trois ans chez les femmes ; il se creuse, de surcroît, selon que l'on vit dans le nord, dans l'est ou dans les outre-mer. La pauvreté multiplie par 3,2 le risque de renoncement aux soins et le contexte de pénurie de l'offre n'arrange rien. J'ajoute que quelque 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant déclaré.

Si votre texte prend acte que nous devons combler notre retard en termes de prévention, l'instauration de rendez-vous de la prévention – lesquels, pour partie, existent déjà – ne résoudra pas les problèmes pour ceux qui se sont éloignés de la prévention et des soins. Nos institutions comme la PMI, la médecine du travail ou la santé scolaire sont d'ailleurs profondément affaiblies.

La santé mentale est également l'un des grands absents de ce texte, alors que les rapports sont accablants : une personne sur cinq, chaque année, est touchée par un trouble psychique ; en quarante ans, deux tiers des lits ont été fermés et le nombre de patients est passé de 1 million à 2,3 millions de 1997 à 2020.

La désertification médicale n'atteint pas les seules petites villes ou les milieux ruraux. La principale mesure que vous proposez, d'ailleurs très critiquée par les principaux intéressés – peut-être, notamment, par manque de concertation – consiste à allonger d'un an la durée d'internat pour les médecins généralistes afin de les encourager, dites-vous, à exercer en zone sous-dense. Selon le dossier de presse que vous avez communiqué, il s'agit de « *Capitaliser sur les mesures d'urgence prises cet été* » mais, avant de capitaliser, serait-il possible d'avoir un bilan détaillé de ces mesures, dont nous craignons d'ailleurs qu'elles soient pérennisées ?

Quid des mesures tant attendues pour l'hôpital public – une rallonge de 2 milliards d'euros afin de compenser l'inflation et 4 à 5 milliards de plus pour 2023 ? Ce PLFSS en est bien loin alors que l'ensemble des personnels, soignants et administratifs, ont besoin d'une véritable revalorisation salariale mais, également, de moyens humains et matériels.

Comme toujours, c'est là que le bât blesse : ce PLFSS limite les dépenses sans se donner le moyen d'obtenir de nouvelles recettes et en sacrifiant les besoins

de la population. Vous prévoyez en effet une hausse des recettes de 4,1 % assise sur la hausse des prix et des salaires mais, surtout, vous plafonnez les dépenses à une progression de 2,1 % et vous procédez à certaines économies avec une volonté symbolique qu'illustre fort bien l'article 43, prévoyant de conditionner drastiquement le remboursement des arrêts de travail délivrés par téléconsultation, alors que, par ailleurs, vous incitez fortement au développement de la télémedecine. Après des années de compensation, votre Ondam n'est toujours pas au niveau de l'augmentation mécanique des dépenses et encore moins à celui des besoins.

Vous sous-estimez les dépenses à venir de prévention et de lutte contre le covid-19, qui passent de 11 à 1 milliard d'euros, et vous ne semblez pas tenir compte du rattrapage des soins mis en suspens lors de la pandémie qui, selon la Cnam, a entraîné en 2020 un million de déprogrammations chirurgicales, soit plus de 18 % du volume annuel.

Nous avons un besoin criant d'un grand service public de l'autonomie et nous devons lutter contre la marchandisation de la santé.

En matière de financement, vous voulez augmenter la part du travail tout en évitant d'augmenter les salaires et vous continuez à exonérer le capital ; or, la protection sociale a besoin de financements et ils existent !

Enfin, si vous voulez agir pour la santé et la prévention, renoncez à casser le droit à la retraite et à nous faire travailler plus longtemps !

M. Paul-André Colombani (LIOT). Ce PLFSS est présenté avec un peu d'avance par rapport au calendrier habituel mais la méthode de coconstruction des textes législatifs promise par le Gouvernement ne semble pas en l'occurrence s'appliquer. Ainsi, nous n'avons que peu de recul quant aux mesures qu'il contient.

Parmi les chantiers que mon groupe juge prioritaires se trouve, en premier lieu, celui de l'accès aux soins.

La situation de l'hôpital public demeure préoccupante. Au-delà de mesures sur l'encadrement et l'intérim, nous n'en voyons aucune visant à donner plus de moyens humains et financiers à nos établissements.

La crise de l'hôpital public est indissociable de la désertification médicale. Pour l'endiguer, vous proposez l'instauration d'une quatrième année au troisième cycle de médecine générale ; or, je m'interroge sur les contreparties prévues pour éviter le découragement de ces étudiants, qui pourraient être incités à se tourner vers d'autres spécialités.

Nous nous interrogeons aussi sur la cohérence du Gouvernement qui souhaite, d'une part, développer les téléconsultations et, d'autre part, limite l'indemnisation des arrêts de travail prescrits en téléconsultation à ceux qui sont délivrés par le médecin traitant. Qu'en sera-t-il pour ceux, nombreux, qui n'en ont pas ?

Nous voyons en revanche d'un bon œil le renforcement du volet prévention, avec l'organisation de consultations dédiées mais aussi l'accès facilité et gratuit à la contraception d'urgence et au dépistage des IST.

En deuxième lieu, le soutien à l'autonomie.

La loi « grand âge et autonomie » promise lors du quinquennat précédent a-t-elle été abandonnée ? Plus de deux ans après sa création, la branche autonomie n'a toujours pas de financements *ad hoc*. Les difficultés de recrutement des personnels en établissement et à domicile sont toujours d'actualité et les mesures qui ont été prises à l'issue du Ségur de la santé n'ont été qu'une première étape. Quelle suite comptez-vous leur donner ?

Nous notons un point positif – le renforcement des mesures de contrôle des EHPAD pour que le scandale Orpea ne se reproduise plus jamais – mais pourquoi ne pas aller au-delà en révisant par exemple le mode de financement de ces établissements, y compris pour réduire le reste à charge des résidents ?

Une inquiétude demeure quant à la capacité des établissements à assurer correctement leurs missions dans le contexte d'une augmentation des coûts énergétiques.

Un regret également : le traitement de la question de l'autonomie presque exclusivement sous l'angle du vieillissement et moins sous celui du handicap, quasiment absent du texte.

En troisième lieu, enfin : la soutenabilité de notre système de protection sociale. Notre groupe déplore que la question des retraites ne soit abordée dans le débat public qu'à travers le prisme de la situation financière. Nous nous opposons à tout amendement gouvernemental visant à augmenter l'âge de départ. Si une telle réforme doit avoir lieu, elle doit tenir compte des questions de pénibilité, d'inégalités entre les femmes et les hommes, d'emploi des seniors et du montant des pensions. Le PLFSS n'est pas, en l'occurrence, le bon véhicule législatif.

Contrairement à ce qu'a dit le Président de la République, ce n'est pas au système de retraite de financer d'autres réformes, aussi indispensables soient-elles. Au contraire, la soutenabilité de notre système de protection sociale suppose de réfléchir à une contribution des plus hauts revenus et des super profits.

M. François Braun, ministre. Je suis bien entendu favorable à la discussion et au travail collectif. Il faut sortir des postures pour œuvrer au service de nos concitoyens et de l'hôpital. C'est en réglant les problèmes, les uns après les autres, pierre après pierre – je suis désolé, monsieur Guedj – que nous sortirons de cette situation particulièrement difficile.

Il est essentiel de libérer du temps médical car nous répondrons aux enjeux auxquels nous sommes confrontés avec les troupes dont nous disposons aujourd'hui.

Certes, nous allons augmenter le nombre de médecins et d'infirmières mais ils ne seront pas sur le terrain dès demain matin.

Nous allons lutter contre les bureaucratismes et toutes les tâches administratives inutiles. Nous mettrons à contribution les assistants médicaux qui, selon la Cnam, permettent d'augmenter de 10 % la clientèle d'un médecin. Dans le milieu hospitalier, un travail à l'échelle des services et un rapprochement des administrations contribuera également à libérer du temps médical. Le partage d'activités entre les professionnels de santé constitue aussi un bon levier. Nous n'avons pas encore lancé l'expérimentation de l'accès direct des IPA prévue dans la LFSS 2022 mais les travaux avancent et je m'engage à ce qu'elle soit effective en décembre pour les IPA et en janvier pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Je suis préoccupé par la santé des soignants en général et pas seulement par celle des internes. La pénibilité du travail de nuit, notamment, doit être prise en compte. L'indemnité de nuit pour les infirmières a été doublée et si les autres mesures qui ont été prises dans le cadre de la mission « flash » sur les urgences et soins non programmés qui s'est réunie cet été sont efficaces, nous les prolongerons.

La réforme de la médecine du travail résulte de l'accord interprofessionnel de décembre 2020 qui a donné lieu à une proposition de loi de la députée Parmentier-Lecocq votée à l'unanimité en mars 2021. Les décrets d'application sont en cours. Les services de santé au travail sont ainsi transformés en services de prévention et de santé au travail, ce qui est conforme aux objectifs de prévention que j'ai présentés, dont la visite médicale à mi-carrière pour tous les salariés de 45 ans.

La médecine du travail est elle aussi confrontée à un problème de ressources humaines, sur lequel nous travaillons avec Olivier Dussopt. Là encore, le recours aux infirmiers en pratique avancée, de premier recours, en gériatrie et en santé publique de l'enfance permet d'avancer. Nous devons donc poursuivre ensemble les réflexions du CNR Santé sur l'extension du champ des IPA.

Nous serons particulièrement vigilants sur la santé des femmes à tous les âges. La visite médicale de 20-25 ans sera orientée sur la prévention en santé sexuelle, la vérification des vaccins – notamment contre le papillomavirus –, l'inscription auprès d'un médecin traitant, les addictions, l'activité physique et sportive. La visite médicale de 45 ans sera plus axée sur la prévention des cancers, notamment colorectal, du col de l'utérus, du sein. La visite de 65 ans, avant celle de 70-75 ans, sera quant à elle attentive à la perte d'autonomie. La déclinaison du plan endométriose, bien sûr, se poursuivra.

La prévention s'inscrit désormais dans la santé globale dite « *One Health* ». Telle est d'ailleurs la logique dans laquelle s'inscrit le nouveau comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires puisqu'il intègre également des vétérinaires, des climatologues et des psychologues.

Ce PLFSS s'enrichira des discussions avec le Parlement mais aussi de celles qui se dérouleront dans le cadre du CNR Santé, centrées autour de quatre axes principaux : un médecin traitant pour les plus fragiles, la permanence des soins, l'attractivité des métiers de la santé par territoires et l'intégration de la prévention dans les parcours de santé. Il s'enrichira également des mesures qui ont été prises cet été, sur lesquelles j'ai demandé deux rapports à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui me seront remis à la fin du mois : un rapport spécifique sur la régulation médicale et un rapport sur les quarante autres mesures.

S'agissant de la gouvernance du système de santé, je note la reconnaissance du remarquable travail quotidien accompli par les ARS et les directions d'hôpitaux, indispensables au fonctionnement de notre service public hospitalier. Un travail sur la gouvernance de l'hôpital sera lancé avant la fin de l'année sur le mode « CNR » puisque nos concitoyens seront associés aux professionnels de santé et aux élus.

La crise des urgences est celle du système de santé. Le rapport de l'IGAS rendra donc ses conclusions avant la fin du mois. Si les mesures de la mission « flash » sont efficaces, elles seront pérennisées.

Le tabagisme est un enjeu de prévention et de santé publique. Les pathologies qui y sont associées sont responsables de près de 74 000 décès chaque année. C'est pourquoi, lors de la précédente législature, une trajectoire fiscale ambitieuse a été décidée en portant le prix du paquet de cigarettes à 10 euros. Je précise que le produit de cette fiscalité ne va pas dans les poches de l'État mais que les droits d'accise sont entièrement affectés à l'assurance maladie. La part qui revient à cette dernière est deux fois inférieure au coût direct du tabac pour notre système de santé : environ 14 milliards d'euros de rendement contre 20 à 26 milliards de coût direct.

Cette politique a tout de même été fructueuse puisque, entre 2017 et 2021, selon Santé publique France, la prévalence du tabagisme a baissé de 3 points : 2 millions de Français ont donc arrêté de fumer au cours de ces cinq dernières années. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la France est l'un des pays qui a déployé la politique fiscale la plus efficace pour prévenir la prévalence du tabagisme chez les jeunes, réduire la consommation chez les adultes et accompagner ceux qui souhaitent arrêter de fumer. Je rappelle que les substituts du tabac sont pris en charge.

Si nous ne faisons rien, le prix du tabac, qui n'est pas entièrement indexé sur l'inflation mais plafonné à + 1,8 %, serait dévalué par rapport aux autres biens de consommation dans le contexte actuel d'une inflation supérieure à 5 %. Par cohérence, nous proposons donc de déplafonner la part tarifaire « droit d'accise » et de l'indexer sur l'inflation de l'année $n - 1$, comme beaucoup d'autres impôts. Le prix du paquet serait donc augmenté de 50 centimes en 2023.

De la même façon, nous proposons d'uniformiser les retenues et l'incidence sur l'ensemble des produits du tabac, les formes de consommation étant en train de se déplacer vers le tabac à rouler et d'autres formes de tabac à fumer, avec plus de 130 % d'augmentation entre 2018 et 2020, en particulier, le tabac à chauffer.

Les arrêts de travail par téléconsultation se sont élevés à 110 000 l'année dernière contre moitié moins l'année précédente et ils seront deux fois plus nombreux en 2022. Le profil des patients est exactement le même que pour les arrêts de travail traditionnels : il ne s'agit pas de personnes qui vivent dans un désert médical.

De plus, 80 % de ces patients bénéficient d'un médecin traitant ; or ce n'est pas lui qui leur a délivré un arrêt de travail. Par ailleurs, dans un peu plus de 70 % des cas, ces arrêts de travail ne sont associés à aucune prescription remboursée ; or ce chiffre tombe à 40 % en cas de prescription hors téléconsultation. Par exemple, deux cents médecins ont prescrit soixante-treize arrêts de travail hors de leur clientèle.

Il y a donc une dérive très nette en matière d'arrêts de travail prescrits en téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant, comme l'a d'ailleurs montré un reportage récemment diffusé. La mesure que nous proposons me semble donc licite. Les patients pourront toujours obtenir un arrêt de travail en téléconsultation de leur médecin traitant, ou d'un médecin les ayant examinés au cours des douze derniers mois. Les cas particuliers relevant des déserts médicaux seront étudiés individuellement.

Monsieur Juvin, cher confrère, vous avez raison de dire qu'il faut privilégier la qualité et l'efficacité des soins. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé représente une part importante des économies prévues par le PLFSS 2023. Les rendez-vous de prévention ont notamment pour objet le dépistage du cancer, dans le cadre d'une stratégie ambitieuse de l'« aller vers ». Il faut aller chercher les personnes échappant à ces consultations, en prenant appui sur le tissu médico-social et en déployant une campagne d'information.

S'agissant des crédits dédiés au covid-19, bien malin qui peut dire aujourd'hui à combien s'élèveront les coûts de la pandémie demain. Un milliard d'euros est mis de côté. Nous suivrons cela de très près, comme chacun peut l'imaginer.

Monsieur Philippe Vigier, vous m'avez interrogé sur les PADHUE, dont le nombre est de 2 400. Nous avons saisi le Conseil national de l'Ordre des médecins pour que leur situation soit réglée au plus vite. La formation des autres médecins s'inscrit désormais dans un cadre très structuré, comprenant l'épreuve de vérification des connaissances, éventuellement suivie d'un stage. Nous sommes ouverts à toute proposition d'avancée dans ce domaine.

Plusieurs questions portent sur les conséquences de l'inflation sur l'Ondam. Nous ne faisons pas d'économies sur l'hôpital. Nous avons mené des concertations avec le secteur pour évaluer les charges supplémentaires auxquels il fait face et identifier l'impact réel de l'inflation, évidemment supérieur à ce qu'il était dans les années précédentes.

En 2017, l'Ondam était de l'ordre de 2 %. L'hôpital public bénéficie d'un investissement important, à hauteur de 57 milliards d'euros supplémentaires. En 2022, l'effet sur l'Ondam de la prise en charge de l'inflation s'élève à 800 millions d'euros. Les projections pour 2023 ont été réalisées selon la même méthode, en tenant compte des chocs externes induits par l'inflation et l'augmentation du point d'indice.

Nous n'avons pas organisé des dialogues de Ségur, sur le modèle de ceux de Bercy, car la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dont Thomas Mesnier était rapporteur, permet d'échanger sur tous les aspects du plan de financement de la sécurité sociale avant son examen par le Parlement. Je suis toujours prêt à en débattre. Le CNR Santé apportera de la cohérence, car les problèmes, qui ne sont pas identiques partout, doivent être posés et réglés à l'échelle des territoires.

S'agissant des services d'urgences, j'invite chacun à consulter le rapport de la mission « flash » que j'ai menée.

Monsieur Mesnier, vous m'avez interrogé sur l'intérim médical et paramédical en début de carrière. Son coût, qui était de 500 millions d'euros en 2013, est passé à 1,4 milliard en 2018 et continue d'augmenter. Il représente jusqu'à 20 % des effectifs des hôpitaux. Lutter contre l'intérim suppose d'abord d'éviter que des jeunes diplômés ne s'y engagent dès le début de leur carrière. Nous devons discuter du délai, car l'intérim est un exercice médical difficile, qui place ponctuellement les gens dans des situations et un univers inconnus. Par ailleurs, le décret plafonnant la rémunération des médecins intérimaires embauchés dans les hôpitaux, prévu par la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi « Rist », sera appliqué en début d'année prochaine.

Sur la quatrième année d'internat, il faut être très clair : elle est demandée par les professionnels de santé, qui considèrent que le niveau de formation atteint en trois ans n'est pas satisfaisant, notamment dans des domaines comme la pédiatrie et la gynécologie obstétrique. Par ailleurs, ils souhaitent suivre une formation spécifique de chef d'entreprise, pour apprendre à gérer correctement un cabinet médical. Au demeurant, les médecins choisissent rarement de s'installer après l'obtention de leur diplôme, préférant effectuer des remplacements pendant un an ou deux pour se familiariser avec la gestion d'un cabinet médical.

La quatrième année sera effectuée en autonomie supervisée, en ambulatoire et de préférence dans un désert médical. Mme la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et moi-même avons diligencé une mission, qui rendra ses conclusions à la fin de l'année, sur les modalités de prise en compte et de financement de la quatrième année de médecine générale effectuée dans un désert médical.

S'agissant du cannabis thérapeutique, les résultats de l'expérimentation sont insuffisants, car ils portent sur trop peu de patients. Nous la prolongeons pour obtenir des résultats solides et prendre une décision.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Nul ne sera surpris d'entendre que je ne porte par le même regard que certaines et certains d'entre vous sur le texte. Le Gouvernement présente un texte ambitieux, dans un contexte de finances publiques contraintes. L'Ondam augmente de 3,7 %. Dans le domaine médico-social, il augmente de 5,2 % pour la prise en charge des personnes âgées et de 5,1 % pour celle des personnes en situation de handicap, soit une augmentation de près de 1,5 milliard d'euros — soit respectivement 800 millions et 700 millions.

Le PLFSS 2023 est le fruit d'une ambition, comme en témoignent les mesures que j'ai détaillées dans mon propos liminaire, notamment, s'agissant des personnes âgées, le renforcement et la continuité du virage domiciliaire ainsi que la transformation des EHPAD. En effet, 3 000 postes de soignants y seront ouverts, en dépit des difficultés de recrutement qu'ils connaissent, du manque d'attractivité de la formation initiale et du grand nombre de poste non pourvus. Nous affichons notre volontarisme, pour atteindre l'objectif de 50 000 postes supplémentaires dans les EHPAD d'ici à la fin du quinquennat, soit six ou sept postes supplémentaires par établissement.

Sur la loi « grand âge », je préfère débattre du contenu que du contenant, tant elle est devenue un totem. Je n'ai jamais dit que je m'abstiendrai de présenter un projet de loi relatif au grand âge : j'ai dit qu'il fallait en discuter préalablement. Ceux qui nous reprochent d'ouvrir des concertations et un débat public à ce sujet ne craignent pas la contradiction ! Peut-être auraient-ils préféré que nous inscrivions dans la loi, sans concertation, les mesures qu'ils proposent !

M. Jérôme Guedj. Cela fait quatre ans que l'on concerte ! J'ai ici les rapports !

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Ces rapports sont pour la plupart excellents et font l'objet de consensus. D'ailleurs, plusieurs mesures qu'ils préconisent ont d'ores et déjà été inscrites dans la loi, notamment dans le cadre de la LFSS 2022. Il s'agit à présent de les mettre en œuvre.

Cela étant, ces rapports ont été rédigés par des professionnels du secteur, qui ont du grand âge et du bien vieillir une vision très médico-sociale. L'ambition du Président de la République, en inscrivant ce sujet à l'ordre du jour du CNR, est de porter le débat auprès de nos concitoyens. Nous parlons certes de prévention, de citoyenneté, de lien social, de métiers, mais le bien vieillir est d'abord d'un sujet de société, consistant à déterminer le regard que porte la société sur le vieillissement et la place qu'elle laisse aux personnes âgées.

L'adoption de mesures dans le cadre d'un PLFSS n'épuise pas le sujet. Il faut travailler au bon niveau, de façon interministérielle. Nous souhaitons organiser un grand débat, qui sera relativement court car l'objectif est d'aboutir à la formulation d'une stratégie et d'une ambition, ainsi qu'à la planification de sa mise en œuvre, dès le printemps 2023.

S'agissant de l'attractivité des métiers, le débat n'est pas clos. Il se poursuit dans le cadre des suites du Ségur de la santé. Les crédits en faveur du secteur médico-social s'élèvent à 3,2 milliards d'euros en année pleine. Par ailleurs, François Braun et moi-même venons d'annoncer l'extension de l'augmentation de la valeur du point d'indice de la fonction publique au secteur non lucratif. Cet effort, consenti avec les départements, bénéficiera à tous les salariés du secteur.

Le renforcement de l'attractivité des métiers demeure une priorité, à laquelle nous travaillons de façon interministérielle. Les discussions salariales continuent dans plusieurs filières ; elles ont ainsi été ouvertes dans le domaine de la prise en charge de la petite enfance. Nous nous efforçons de n'oublier personne. Mais chacun doit prendre ses responsabilités. Nous devons donc ouvrir des négociations avec les départements et avec les employeurs.

Mme Rist m'a interrogé sur les médecins coordonnateurs en EHPAD. Ils ont bénéficié d'évolutions et d'assouplissement de leur rôle pendant la crise sanitaire, notamment pendant la période de vaccination. Le rapport Jeandel-Guérin leur consacre plusieurs réflexions. Nous faisons expertiser leur situation pour déterminer s'il y a lieu de faire évoluer leur rôle et en faire les médecins traitants des résidents des EHPAD.

M. Christophe m'a interrogé sur la réforme du plafond horaire et du financement du CMG, s'agissant notamment des cas dits atypiques. Si la réforme supprime sa majoration, il nous incombera, dans le cadre de la rédaction du décret, d'y prêter attention. Nous maintiendrons la majoration pour l'accompagnement des enfants en situation de handicap.

M. Gabriel Attal, ministre délégué. Madame Fiat, je considère comme vous que les burocrates sont des commerçants de proximité absolument essentiels à la vitalité de nos territoires, mais je n'en tire pas les mêmes conclusions que vous. Vous dites que la mesure de santé publique annoncée par François Braun, consistant à relever de 50 centimes le prix du paquet de cigarettes, les met en danger, ce qui en fait une mauvaise mesure.

Je ne suis pas d'accord, car la trajectoire tabac adoptée lors du dernier quinquennat a permis à deux millions de Français d'arrêter de fumer. Je ne suis pas d'accord, car je rejette l'idée que les finances publiques gagneraient de l'argent avec le tabac, ce qui est faux. Les taxes sur le tabac rapportent 14 milliards d'euros par an, soit deux fois moins que le coût direct du tabac, induit notamment par les cancers.

Si quelqu'un l'a compris, c'est bien Jean-Luc Mélenchon, qui proposait de fixer le prix du paquet de cigarettes à 20 euros. Si vous estimez que nous mettons les burocrates en danger, vous devez considérer que tel était aussi le cas de la proposition de M. Mélenchon.

Depuis cinq ans, nous accompagnons les burocrates dans la transformation et la diversification de leurs ressources, à hauteur de 380 millions d'euros. Nous avons

développé de nombreux services, tels que le paiement chez les buralistes des factures du quotidien – deux millions l’année dernière – et des amendes, grâce à un accord avec la direction générale des finances publiques, ce qui constitue autant de sources de revenu supplémentaires. Rappelons encore que l’aide à la transformation des bureaux de tabac a été financée à hauteur de 100 millions d’euros.

J’élabore en ce moment, avec les représentants des buralistes, un nouveau protocole d’accompagnement pour les années à venir. Je puis donc vous rassurer sur ce point : nous continuerons à accompagner les buralistes, car nous avons besoin d’eux, partout sur notre territoire. Tel est l’enjeu des discussions que nous menons.

Par ailleurs, vous dites que la perception des cotisations sociales est indispensable au financement de notre modèle social. Je vois dans ces propos, non sans surprise, un vibrant plaidoyer pour notre action en faveur de l’emploi et de l’activité économique. Nous percevons cette année 17 milliards d’euros de cotisations sociales supplémentaires pour financer notre modèle social. Nous n’en avons jamais perçu autant ! C’est grâce à la politique volontariste que nous avons menée pour réduire la fiscalité des entreprises et investir dans la formation des Français.

Nous faisons la démonstration que baisser les impôts pesant sur les entreprises permet d’en augmenter le montant. Ainsi, nous avons fait passer le taux de l’impôt sur les sociétés de 33 % à 25 %, et son rendement a augmenté. On perçoit plus en taxant moins un gâteau qui grossit qu’en taxant plus un gâteau qui rétrécit. Votre modèle consistant à assommer nos concitoyens de taxes, il ne restera plus grand monde à taxer, et donc plus beaucoup de ressources pour la sécurité sociale. Mieux vaut donc suivre notre ligne.

Sur les retraites, certains semblent regretter que leur réforme ne figure pas dans le texte initial, et déplorent qu’une réflexion soit en cours sur la possibilité de l’introduire par voie d’amendement.

M. Jérôme Guedj. Ce n’est pas le bon vecteur, monsieur le ministre.

M. Gabriel Attal, ministre délégué. Pardon de concerter ! Pardon d’avoir consulté les présidents de groupes, comme l’a fait la Première ministre la semaine dernière ! Pardon d’échanger avec les organisations syndicales et les partenaires sociaux ! Vous ne pouvez pas appeler à davantage de concertation et de travail avec toutes les parties prenantes d’un côté et, de l’autre, regretter que nous n’inscrivions pas une mesure dans le texte initial avant même d’avoir mené cette concertation !

Enfin, je tiens à dire que nous avons mené un travail très fructueux dans le cadre des dialogues de Bercy. Au départ, la plupart des oppositions disaient : « On ne viendra pas » ; tout le monde est venu. Ensuite, la plupart des oppositions ont dit : « On viendra à la première réunion, mais comme ce n’est que de la com’, nous ne viendrons pas aux suivantes » ; tout le monde est venu à toutes les réunions, et tout le monde a considéré en conclusion qu’elles avaient été intéressantes.

Tous les partis politiques ont considéré que nous leur avons transmis des informations utiles en amont du débat parlementaire, et que nous avons pu travailler ensemble. Je suis très heureux que tous les groupes plébiscitent cette méthode. Grâce à la LOLFSS, vous avez désormais plus de temps pour travailler sur le PLFSS. Cela étant, si nous pouvons étendre l'expérience des dialogues de Bercy à ce dernier l'an prochain, je serai le premier à y être favorable.

Mme Isabelle Valentin. D'ici à 2030, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans passera de 15 à 20 millions, soit le tiers de la population. En 2050, elles seront pour la plupart dépendantes. Anticiper cette transition démographique et relever les défis de demain pour préparer l'avenir est une urgence.

L'attractivité des métiers, la formation et le recrutement sont des priorités. Je regrette que les financements et la gouvernance n'aient pas été abordés. Quels moyens seront alloués aux départements pour assurer de façon équitable et digne le financement de la perte d'autonomie dans nos territoires ?

Sur les EHPAD, de nombreux rapports, notamment ceux rédigés par Mmes Fiat, Iborra et El Khomri, ainsi que les quatre rapports des missions « flash » de la commission des affaires sociales menées en début d'année, ont formulé des diagnostics clairs et des préconisations de bon sens. Ils s'appuient sur de très nombreuses auditions de personnes concernées, notamment des résidents et des familles. Dès lors, pourquoi attendre une énième concertation ? Pourquoi ne pas mettre en œuvre rapidement, dans le cadre du PLFSS, les mesures préconisées en juillet 2022 ?

M. Victor Catteau. La situation de nos aînés dans les EPHAD est très préoccupante. La pénurie de personnel soignant dans ce secteur n'est pas nouvelle. Le taux moyen d'absentéisme dans les maisons de retraite s'élève à 10 % et atteint 25 % dans certains établissements. Partout, nous pouvons lire : « À pourvoir : postes vacants. Recherche urgente de personnel ».

La pénurie d'employés dans les EHPAD est l'expression d'un certain malaise, d'un manque de reconnaissance, de conditions de travail éprouvantes et d'un budget insuffisant alloué à nos aînés. Le personnel soignant n'en peut plus. Les aides-soignants et les infirmiers sont à la limite du burn-out. À cette crise structurelle, le Gouvernement propose une solution dans le PLFSS 2023, consistant à créer 50 000 postes dans les EPHAD d'ici à la fin du quinquennat.

Messieurs les ministres, un tel plan de recrutement est l'illustration de votre parfaite déconnexion d'avec la vie dans nos maisons de retraite. Créer 50 000 postes est un bel objectif sur le papier ; dans la pratique, la réalité est plus complexe.

Une chose est certaine : il faut améliorer les conditions de travail du personnel soignant. À part la rustine de 183 euros octroyée lors du Ségur de la santé, rien n'a changé. Certes, vous direz que vous ouvrez une fenêtre de tir en prévoyant l'accès des proches aidants à la VAE. Il demeure que vous n'apportez aucune

solution à la perte de sens dans le travail et au mal-être professionnel du personnel soignant.

En vue de réduire à néant tout mauvais traitement des pensionnaires, quelle mesure concrète comptez-vous adopter pour rendre le goût du métier aux aides-soignants et aux infirmiers dans nos EHPAD ?

Mme Annie Vidal. Le PLFSS 2023 vise à répondre aux préoccupations quotidiennes des Français, notamment l'accès aux soins. Tel est aussi l'objectif du volet consacré à la santé du CNR, qui sera déployé à l'échelon national et à l'échelon local, sous la houlette des ARS. Les conseils territoriaux de santé (CTS), où siègent les parlementaires, constituent un territoire de démocratie sanitaire et de mise en cohérence du projet régional de santé. Comment les CTS seront-ils associés au volet consacré à la santé du CNR ?

Par ailleurs, ce PLFSS vise également à relever le défi du vieillissement de la population, ce qui exige de construire la société du bien vieillir. Tel est l'objet des articles 32 à 36.

Monsieur le ministre des solidarités, j'aimerais évoquer ici une préoccupation exprimée par de nombreuses fédérations et de nombreux représentants des établissements et des services médico-sociaux, publics et associatifs. Tous connaissent cette année de grandes difficultés pour présenter un état prévisionnel des dépenses et des recettes à l'équilibre, compte tenu de l'inflation, notamment celle des prix de l'énergie et de l'alimentation, qui sont deux postes de dépenses incompressibles.

Cette difficulté structurelle est aggravée par une difficulté de trésorerie pour bon nombre d'entre eux, qui n'ont pas reçu les enveloppes destinées à financer la revalorisation salariale des métiers de l'accompagnement social et du médico-social, ce qui provoque parmi eux une vive inquiétude. Compte tenu des financements prévus par le texte, pouvez-vous s'il vous plaît fournir des précisions sur les financements qui seront octroyés aux établissements pour remédier à cette difficulté ?

M. Thierry Frappé. D'après les propos tenus ce jour par le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, la France est à l'euro près. Pour équilibrer les comptes sociaux, le texte prévoit plusieurs mesures, dont la lutte contre la fraude à l'arrêt maladie, en confiant cette prérogative exclusivement au médecin traitant, ce qui devrait permettre d'économiser environ 100 millions d'euros.

Monsieur le ministre de la santé, vous ne tenez pas compte de la situation de nos compatriotes vivant loin des villes, qui sont victimes de la désertification médicale. De surcroît, près de 5 400 000 Français n'ont pas de médecin traitant. Comme l'a indiqué tout à l'heure M. le ministre chargé des comptes publics, l'arrêt

de travail devra être signé par un médecin traitant ou un médecin consulté depuis moins de douze mois.

Comment nos concitoyens victimes de la désertification médicale ou dépourvus de médecin traitant pourront-ils obtenir un arrêt maladie dans ces conditions ?

M. Didier Martin. Résorber les déserts médicaux ne sera pas chose facile. Il n'y aura certainement pas de solution miracle, mais plutôt un ensemble de dispositions cohérentes visant à attirer les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-denses. En Bourgogne, les étudiants en troisième année d'internat sont au nombre de quatre-vingts, ce qui pourrait constituer un apport intéressant sur le terrain. L'introduction d'une quatrième année d'internat ne portera ses fruits qu'en 2026, ce qui en limite les effets.

Quoi qu'il en soit, je m'en réjouis. Cette année, encadrée par des maîtres de stage universitaires, sera formatrice. Malheureusement, la médecine générale souffre d'une pénurie d'universitaires, qu'il s'agisse de diriger les thèses ou d'assurer un encadrement sur le terrain. Les médecins généralistes installés dans nos territoires, vieillissants et peu nombreux, auront bien du mal à trouver du temps médical pour encadrer ces jeunes médecins.

La quatrième année devra être rémunératrice pour les jeunes médecins, dont le parcours médical est avancé. La question de leur statut de docteur junior doit être envisagée, de même que le mode de leur rémunération – salaire ou paiement à l'acte. Toutes ces questions doivent être posées pour que la mesure soit pleinement efficace, dans les délais les plus courts possible.

M. Thibault Bazin. Monsieur le ministre Jean-Christophe Combe, vous dites soutenir les familles par le biais du PLFSS 2023. Il comporte pourtant un article qui me hérisse tout particulièrement : l'article 10. D'après les prévisions de recettes inscrites à l'article 3, le solde de la branche famille devrait être excédentaire, à hauteur de 2,6 milliards d'euros, au titre de l'année 2022. Mais ce qui devrait être une bonne nouvelle est considérablement obscurci par les dispositions de l'article 10, qui prévoit de transférer une partie des dépenses finançant l'indemnité journalière maternité de la Cnam à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf). Il s'agit d'un petit tour de passe-passe budgétaire, soit dit en présence de M. le ministre des comptes publics. Une telle disposition est guidée par la volonté de s'attaquer aux excédents de la branche famille, comme l'indique clairement l'exposé des motifs de l'article.

Il convient d'interroger la pertinence de ce qui, au fil des PLFSS, semble être une véritable marotte du Gouvernement. Cette orientation constitue, me semble-t-il, une double erreur.

C'est une erreur du point de vue des familles. Alors même que la natalité, dans notre pays, chute depuis plusieurs années, les familles ont plus que jamais

besoin de retrouver confiance et d'être soutenues. Priver la Cnaf de moyens, c'est faire exactement le contraire.

C'est une erreur du point de vue national. Les familles portent l'avenir de notre nation. Il est de notre responsabilité d'assurer le renouvellement des générations grâce à une transmission encouragée.

Soutenir les familles, ce n'est pas leur ponctionner près de 2 milliards d'euros. Monsieur le ministre, êtes-vous prêt à renoncer à l'article 10 ?

Mme Nicole Dubré-Chirat. Parmi les mesures du texte, j'approuve particulièrement le renforcement de l'accès à la prévention, grâce aux rendez-vous de prévention à certains âges, ainsi que le dépistage des IST gratuit et sans ordonnance jusqu'à 26 ans et la reconnaissance de l'endométriose dans le cadre d'une stratégie nationale. Cette maladie, qui affecte de nombreuses femmes, est source d'infertilité. Le Gouvernement a-t-il l'intention de prendre en charge l'endotest, qui permet de formuler rapidement un diagnostic par test salivaire, et qui a été mis au point par un laboratoire français ?

Par ailleurs, la stratégie Ma santé 2022 prévoit des transferts de compétence. Les infirmières puéricultrices attendent pour ce faire une révision des décrets de périnatalité portant réaménagement de l'offre de soins et de l'organisation territoriale, ainsi que l'extension du droit de prescription.

Monsieur le ministre de la santé, vous avez, cet été, pris des mesures et agi pour les services d'urgence. Afin d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité, quelles suites comptez-vous donner à ces actions dans les mois à venir ?

Le secteur de la santé mentale est en difficulté en raison de l'augmentation de la demande de soins et de la diminution de l'offre. Nous assistons, dans les territoires, à des fermetures de lits, faute de psychiatres, ce qui entraîne une répartition des patients sur le territoire régional. Quelles mesures d'accompagnement comptez-vous prendre pour mieux adapter la réponse aux besoins des usagers ?

Les tests PCR et antigéniques ne sont plus systématiquement pris en charge depuis octobre dernier. Compte tenu de la remontée des cas de covid-19 et du fait que d'autres pays ne les remboursent pas ou plus, quelle est votre position à ce sujet ?

La crise du covid-19 a provoqué l'explosion du nombre d'arrêts de travail. Vous avez évoqué les arrêts de travail établis *via* la télémedecine ; quid des autres, qui perturbent l'organisation des entreprises et provoquent de nombreuses difficultés ?

M. Serge Muller. Messieurs les ministres, ma question porte sur l'article 34 du PLFSS 2023, visant à construire la société du bien vieillir chez soi.

D'après l'exposé des motifs, les mesures prévues ont pour objectif de sanctuariser du temps pour certaines actions, telles que le repérage des fragilités, la

stimulation de la mémoire et la prévention de perte d'autonomie. Cette action est louable, j'en ai conscience, mais elle ne crée en rien du lien social, premièrement parce que le soignant en crée déjà par son activité, et deuxièmement parce que voir la même personne 17 minutes supplémentaires par jour ne la sauvera en rien de l'isolement.

Comme l'indique le dernier paragraphe de l'exposé des motifs, le véritable objectif de ce nouvel article est de soulager le rythme de travail des soignants, et non de favoriser le lien social avec les personnes âgées. Il permet d'améliorer les conditions de travail des professionnels exerçant à domicile, en leur donnant la possibilité d'y consacrer deux heures par semaine maximum, soit 17 minutes de présence par jour. L'intention est louable. J'ai été aide-soignant en EPHAD et connais ce rythme de travail. Pour qui s'occupe de personnes dépendantes, chaque geste du quotidien est chronophage.

Tout cela démontre que cette réforme est artificielle. Si vous souhaitez sincèrement prévenir l'isolement social des personnes qui en sont l'objet, ce n'est pas avec un article de loi rédigé par des technocrates déconnectés de la réalité que vous y arriverez. Je vous invite donc à quitter l'avenue de Ségur et à vous rendre dans les villages de France. Peut-être comprendrez-vous ainsi la dure réalité que vivent les personnes âgées.

L'isolement social est surtout dû à la désertification de certains bourgs, au manque de commerces de proximité, à la précarité économique et à la mauvaise desserte des zones rurales par les transports en commun. Voilà le vrai visage de l'isolement social !

Cette réforme me semble être de la poudre aux yeux. Avez-vous d'autres cartes en main pour permettre aux personnes isolées de renouer avec la société ?

M. Jean-François Rousset. Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, je salue votre volonté d'ajouter une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale, à l'instar de ce qui se fait dans les autres spécialités. Cela permettra aux jeunes médecins d'être sensibilisés, dès leur formation, à la pénurie de professionnels dans les déserts médicaux, le statut de docteur junior les encourageant à exercer pendant une année en zone sous-dense. Ils bénéficieront, en outre, d'un accompagnement personnalisé destiné à favoriser leur installation dans de telles zones. En tant que coprésident du groupe de travail sur l'accès aux soins, j'ai échangé avec les acteurs de ma circonscription, préoccupés par le manque de médecins. Ils en conviennent tous : cette mesure va dans le bon sens.

Nous pourrions de plus améliorer la représentativité des jeunes ruraux dans les universités de médecine. Une politique d'égalité des chances ambitieuse permettrait de recruter, dès la première année de médecine, un plus grand nombre de jeunes issus de la ruralité, plus susceptibles que d'autres de s'installer dans les territoires ruraux. La Fédération Des territoires aux grandes écoles m'a dit qu'elle serait prête à nous aider dans cette démarche. Le résultat de ses dix années

d'expérience sur le terrain auprès des étudiants montre que cela fonctionne : les jeunes ruraux accompagnés par l'association reviennent s'installer à la fin de leurs études dans leur territoire d'origine. Serait-il possible d'engager une réflexion en ce sens ?

Mme Laure Lavalette. L'examen du PLFSS 2023 met en lumière ce que le monde entier nous envie : un système social et solidaire unique, à la française. Ce que nous attendons de vous, monsieur Combe, en tant que ministre français des solidarités, c'est que vous réserviez les prestations familiales aux Français. Ceux-ci subissent une baisse drastique de leur pouvoir d'achat, leurs dépenses contraintes augmentent, on leur demande de baisser le chauffage : la priorité nationale dans le versement des allocations familiales serait un acte de solidarité nationale et de bon sens. Depuis 1998, le nombre d'enfants dont les deux parents sont Français a diminué de 12,8 %, alors que le nombre de ceux dont les deux parents sont nés à l'étranger a augmenté de 66 %. Ce déséquilibre causé par l'immigration coûte 3,9 milliards d'euros, somme qui pourrait être utilisée pour revaloriser de nombreuses aides au bénéfice des Français. (*Exclamations.*) La branche famille de la sécurité sociale devrait reposer sur l'objectif de renforcer les familles nationales de manière à consolider la communauté nationale, un grand nombre de familles étant le signe de la vitalité d'une nation. Cet objectif est d'ailleurs partagé par nombre de nos concitoyens, comme le montre un sondage de l'IFOP publié en février dernier : 70 % des hommes et 70 % des femmes interrogés estiment que les allocations familiales devraient être attribuées aux seules personnes ayant la nationalité française ou celle d'un pays membre de l'Union européenne. Bref, la fin de l'abondance pour nos compatriotes, c'est non ; la fin de l'opulence que vous offrez à ceux venus d'ailleurs, c'est oui !

Le numéro d'autosatisfaction concernant la réforme des études de médecine est proprement indécent. Vous savez pertinemment que la suppression du *numerus clausus* au profit du *numerus apertus* n'a rien changé. Cette réforme est une catastrophe. Vous avez sacrifié une année entière d'étudiants – l'année charnière durant laquelle les primo-étudiants qui n'avaient pas le droit de redoubler partageaient le gâteau avec ceux qui, eux, l'avaient, ainsi qu'avec les étudiants en licence Accès santé. Résultat : nos étudiants partent en Roumanie et notre hôpital accueille des médecins roumains. Comprenez qui pourra ! À quand la fin de cette réforme calamiteuse ?

M. Freddy Sertin. La pénurie de praticiens, notamment généralistes, touche tous les territoires : non seulement les zones rurales – dans ma circonscription, une dizaine de médecins généralistes fermeront leur cabinet d'ici à la fin de l'année –, mais aussi les zones urbaines, comme le montre un rapport publié ce matin sur la santé à Paris. Les collègues ici présents le confirmeront : voilà plusieurs années que nous alertons le Gouvernement sur la crise que cela engendre. Ce sont aujourd'hui près de 4 millions de Français qui vivent dans un désert médical ; 6 millions n'ont pas de médecin traitant.

L'allongement d'un an de l'internat en médecine générale est l'une des mesures phares du présent PLFSS, et je la salue. Pourriez-vous, monsieur le ministre de la santé, nous donner des précisions quant à son application concrète ou, tout au moins, nous indiquer les échéances de la mission de concertation sur le sujet ?

Dans l'attente de la mise en place de cette disposition, des mesures d'urgence doivent être prises en vue de répondre à la crise que traversent nos territoires. Dans le rapport que vous aviez remis à la Première ministre avant votre prise de fonctions, vous aviez préconisé d'étendre au samedi matin le principe de permanence des soins ambulatoires et de dispenser de cotisations sociales les médecins retraités afin de favoriser le cumul emploi-retraite. Qu'en est-il de ces propositions ? Avez-vous prévu de faciliter le retour des médecins retraités qui souhaiteraient poursuivre leur activité et contribuer au maintien de l'offre de soins dans nos territoires ?

Mme Maud Petit. Je me fais ce soir la porte-parole des patients atteints de spondylarthrite ankylosante, en particulier ceux qui souffrent d'une affection figurant sur la liste ALD 30. Au vu de la recherche, il n'y a aucune amélioration possible pour ces pathologies – au mieux, une stabilisation de l'état des patients. Or ceux-ci sont maintenus trois ans en arrêt maladie avant de pouvoir faire auprès du médecin-conseil une demande d'invalidité. Cela représente pour notre système de santé un coût important en IJ. Il pourrait être réduit et les patients seraient mieux pris en charge si l'invalidité était reconnue bien plus tôt, au bout de quelques mois par exemple, par le médecin traitant. Qu'en pensez-vous ?

M. Arthur Delaporte. La proposition de résolution présentée par Clémentine Autain visant à reconnaître l'endométriose comme une affection de longue durée (ALD) avait fait l'objet d'un vote unanime de l'Assemblée le 13 janvier dernier. Cette pathologie touche entre 1 500 000 et 2 500 000 femmes, soit 10 % de celles en âge de procréer. Deux jours avant le débat à l'Assemblée nationale, le Président de la République avait reconnu qu'il s'agissait d'un problème de société, lancé un plan d'action national et annoncé que les moyens seraient à la hauteur de l'enjeu. Or on ne trouve rien sur le sujet dans le PLFSS : aucun moyen supplémentaire, ni même un calendrier.

Il conviendrait notamment de sensibiliser et former les médecins. Aujourd'hui, en France, seuls deux sont véritablement compétents sur la question. Le diagnostic n'est généralement établi qu'au bout de sept à dix ans, voire quinze. Quand et comment comptez-vous traduire la volonté présidentielle et éviter que les personnes atteintes de cette pathologie ne partent se faire soigner en Roumanie ? Quand l'endométriose sera-t-elle reconnue comme une ALD ?

M. Jean-Hugues Ratenon. À chaque examen de texte de loi, et plus encore lorsqu'il s'agit du PLFSS, les parlementaires d'outre-mer alertent le Gouvernement sur les problèmes spécifiques que rencontrent leurs territoires : chômage, pauvreté, faiblesse du système de santé, etc. Néanmoins, je ne désespère pas qu'un jour vous nous entendiez et nous apportiez des réponses.

Prenons par exemple le financement des établissements de santé. En janvier 2022, lors d'une visioconférence avec les élus ultramarins, le Président de la République s'était engagé à réviser en 2023 le fameux coefficient géographique, créé en 2006 pour compenser leurs surcoûts. En mars, dans un journal local, le Premier ministre s'était lui aussi engagé à le faire. Je rappelle que ce coefficient est gelé depuis plus de dix ans, ce qui entraîne une perte d'environ 15 millions d'euros pour nos établissements. Sa révision est-elle inscrite dans le PLFSS 2023 – ou le président Macron aurait-il une fois de plus menti ?

Mme Fanta Berete. Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, en juillet dernier, nous avons eu l'occasion d'échanger avec vous sur l'état des urgences. L'été est passé, et il manque encore, malheureusement, beaucoup de personnel dans nos territoires. Malgré les grandes avancées du Ségur de la santé, certains quittent le secteur sur un coup de tête, d'autres après une longue réflexion. Salaire insuffisant, difficultés pour trouver un logement, manque de reconnaissance, dureté du milieu, mauvaises conditions de travail, difficile équilibre à trouver entre vie professionnelle et vie familiale : il existe de multiples raisons au fait que les métiers de la santé sont en tension.

L'accès à un logement digne est un facteur d'attractivité. Or, à Paris, le coût du logement contraint parfois les soignants à se loger en lointaine banlieue, voire en province. Dans une interview donnée la semaine dernière, le président de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, M. Nicolas Revel, indiquait que 1 000 postes d'infirmiers n'étaient pas pourvus à Paris. Dans les grandes villes, le coût du logement, qui représente déjà plus de 30 % des charges mensuelles, est en forte augmentation. Sans apport mixte, l'acquisition d'un logement est devenue presque impossible. Dernièrement, l'ARS Île-de-France a débloqué 50 millions d'euros pour que l'AP-HP et les groupements hospitaliers de territoire puissent acheter, louer ou réserver des appartements pour leurs personnels. Qu'envisagez-vous de faire afin de faciliter l'accès des soignants au logement dans les cœurs de ville ?

Mme Christine Le Nabour. L'engagement vers une société inclusive, que nous soutenons depuis 2017, se poursuit et s'amplifie. Dans le PLFSS 2023, l'effort concerne principalement la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap et le développement de l'école inclusive ; le texte comporte aussi des solutions nouvelles pour les publics prioritaires et des mesures spécifiques concernant l'autisme et les troubles du neurodéveloppement. En 2023, la Conférence nationale du handicap permettra à l'ensemble des acteurs de définir les grands axes et chantiers de transformation pour le quinquennat.

Les établissements sociaux et médico-sociaux subissent de plein fouet l'inflation et la hausse du prix de l'énergie. Le PLFSS prévoit de compenser l'impact de l'inflation sur les charges non salariales des établissements médico-sociaux. Cette mesure exceptionnelle, nécessaire dans le contexte actuel, risque toutefois d'être insuffisante au regard de l'augmentation des coûts de l'énergie. Bruno Le Maire s'est

exprimé ce matin en faveur de l'élargissement du bouclier tarifaire aux EHPAD. Est-il prévu que les établissements et services médico-sociaux qui accueillent et accompagnent les personnes handicapées en bénéficient aussi ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq. Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, vous avez présenté diverses mesures visant à pallier le manque de médecins. Quand pensez-vous pouvoir dresser un bilan de la suppression du *numerus clausus* ? À quelle échéance pouvons-nous espérer atteindre l'équilibre entre besoin et offre de soins dans nos territoires ? Quel soutien apporterez-vous aux initiatives prises par les collectivités territoriales pour aller à la rencontre des patients dans les territoires locaux, comme les mammobus, ou par des professionnels libéraux pour dépister, améliorer les diagnostics, raccourcir le temps de prise en charge et désengorger ainsi les hôpitaux ?

Mme Josiane Corneloup. Messieurs les ministres, vous souhaitez créer à travers ce PLFSS une quatrième année d'études spécialisées en médecine générale. Ayant défendu à plusieurs reprises une telle mesure, je ne peux que m'en féliciter. Dans le même esprit, nous avons adopté, dans le cadre du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, un amendement visant à rendre obligatoires les stages en zone sous-dotée pour les étudiants en médecine de dernière année du troisième cycle. Or la loi a été publiée, mais aucun décret n'a été pris en ce sens. Cette mesure tant attendue dans les territoires ruraux n'est toujours pas appliquée. Pourquoi ?

Les puissantes ressources offertes par le numérique ne sont pas exploitées, ce que je regrette. Nous disposons de 22 000 officines en France ; chacun de nos concitoyens dispose d'une officine à moins de 10 minutes de chez lui : pourquoi ne pas développer des expérimentations impliquant les pharmaciens afin de développer des protocoles d'assistance à la téléconsultation et à la télé-expertise, par exemple en dermatologie, en ophtalmologie ou en psychiatrie ? Un certain nombre ont déjà été conduites avec succès. Leurs bénéfices sont multiples : elles assurent un accès rapide aux soins, évitent des transports coûteux et permettent de lutter contre le renoncement aux soins. Qu'en pensez-vous ?

J'appelle également de mes vœux une réforme structurelle de la gouvernance des hôpitaux. Le système actuel est hyperadministré. Il paraît indispensable de redonner de l'autonomie aux hôpitaux et du pouvoir aux soignants. Faisons-leur confiance !

Mme Farida Amrani. Le quinquennat qui vient de s'achever a été un quinquennat de maltraitance de notre système hospitalier : inaction face aux déserts médicaux, soutien à la privatisation, fermeture de 17 000 lits. En dépit de votre nomination, monsieur le ministre de la santé et de la prévention, le Gouvernement ne semble pas vouloir s'arrêter en si bon chemin. Cet été, ce sont quatre-vingts services d'urgence qui ont dû fermer leurs portes. La politique d'organisation de la pénurie de personnel, causée par un déficit d'attractivité, touchant aussi bien les conditions de travail que les salaires – je rappelle que ceux des infirmiers français

sont inférieurs de 10 % à la moyenne européenne –, se poursuit. Il ne s'agit pas d'une situation théorique : j'ai pu le vérifier à l'occasion de mes déplacements dans l'Essonne. Trois jours après mon élection, j'étais au Centre hospitalier sud-francilien ; le 14 septembre, dans le cadre de la commission d'enquête populaire lancée par les parlementaires de La France insoumise, au Groupe hospitalier Nord-Essonne : deux jours plus tard, au Centre hospitalier Sud-Essonne. Je peux vous assurer qu'il manque des infirmiers et infirmières, des médecins, des sages-femmes, des lits... Nos hôpitaux sont désormais confrontés à la concurrence du secteur privé.

Pour ne rien arranger, le Centre hospitalier sud-francilien a été victime d'une cyberattaque qui a provoqué la paralysie quasi totale des services. Hier, les pirates ont mis leur menace à exécution en divulguant sur internet les données personnelles de santé de milliers d'usagers et de salariés. À défaut d'assurer un service public efficace et accessible à tous, comptez-vous au moins garantir la sécurité des données des usagers du centre hospitalier ? Avez-vous alerté les personnes concernées par la fuite de ces données ? Que comptez-vous faire pour éviter qu'une telle situation ne se répète ?

Mme Ségolène Amiot. La grande absente de vos discours, c'est la santé mentale. Rien sur la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle. Rien sur le fait que les enfants de 12 à 24 ans expriment de plus en plus leur mal-être par des gestes suicidaires, lesquels étaient en augmentation de 45 % en 2021. Le constat est identique dans les cours de justice, car c'est devant les tribunaux que l'on retrouve celles et ceux qui n'ont pas eu accès à la prise en charge psychiatrique et aux soins dont ils auraient eu besoin. On note une aggravation de l'état de santé mentale des détenus, l'administration pénitentiaire étant incapable de gérer le problème. Tout cela coûte très cher à la société. Que comptez-vous faire, en prévention et en soin, pour améliorer la santé mentale en France ?

Tout le monde ici s'en inquiète : il manque du personnel soignant. Or on compte à ce jour 15 000 soignants et soignantes parfaitement formés mais suspendus. Quand allez-vous mettre fin à leur punition ?

M. Hadrien Clouet. Si l'allongement d'une année de l'internat pour les généralistes est une mesure attendue sur le fond, elle soulève des inquiétudes quant à la forme – d'ailleurs, votre usage, monsieur le ministre de la santé, du terme de clientèle au lieu de patientèle n'est guère fait pour nous rassurer.

En l'état, on ne sait ni ce que vous souhaitez faire ni comment vous comptez le faire. Gagner du temps de prise en charge et faciliter l'accès aux soins dans tous les territoires me paraît une aspiration largement partagée. Toutefois, cette annonce s'accompagne du lancement d'une concertation indépendamment de l'examen du PLFSS et des travaux de l'Assemblée nationale, y compris des travaux transpartisans sur les déserts médicaux. Tout cela risque de miner la confiance pourtant nécessaire pour avancer dans un tel dossier.

De surcroît, le temps médical gagné le sera par l'intermédiaire de médecins dont la présence ne sera que temporaire ; ils ne pourront donc pas établir une relation durable avec leurs patients, ce qui est pourtant essentiel. En définitive, n'êtes-vous pas en train de remplir un seau que, de l'autre côté, votre collègue Attal vide, lorsqu'il annonce le déremboursement des arrêts de travail en téléconsultation, condamnant ainsi la plupart des habitants des déserts médicaux à renoncer aux consultations, surtout lorsqu'ils exercent une activité professionnelle le week-end, et jetant par ailleurs la suspicion sur les médecins du pays, qualifiés par association de fraudeurs en puissance ?

M. Frédéric Valletoux. Ce week-end, 11 gigaoctets de données ont été divulgués par suite d'une cyberattaque à la fin août contre l'hôpital de Corbeil-Essonnes. Ce fléau prend une ampleur nouvelle et inquiétante. En 2021, 730 incidents de sécurité informatique ont été déclarés aux autorités compétentes, soit deux fois plus qu'en 2020. Certaines de ces attaques vont jusqu'à paralyser totalement le système informatique de tout un hôpital. Ainsi, à Villefranche-sur-Saône, en 2021, 3 000 ordinateurs se sont retrouvés à l'arrêt du jour au lendemain, avec les conséquences que l'on peut imaginer : non-prise en charge de patients, report d'examen et d'interventions, etc. Il est arrivé la même chose à Dax, à Rouen et dans bien d'autres villes. Le plan de relance avait permis la mise en œuvre d'un premier plan de sécurisation des hôpitaux, doté de 18 millions d'euros. Quelque 130 hôpitaux ont entamé des démarches auprès de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI). Fin août, à la suite de ce qui s'est passé à l'hôpital de Corbeil-Essonnes, le Gouvernement a promis 20 millions d'euros supplémentaires pour compléter ce plan de sécurisation des établissements. Les fonds seront ajoutés au budget de l'ANSSI afin de renforcer l'accompagnement des hôpitaux.

Dispose-t-on d'un état des lieux et d'une cartographie des risques cyber que courent les établissements de santé ? Combien d'hôpitaux bénéficieront de l'accompagnement renforcé ? Vu l'accroissement du risque cyber, envisagez-vous d'autres leviers de financement ?

M. Frédéric Mathieu. Dans l'article 17 du PLFSS, vous prévoyez des rendez-vous de prévention. Or, dans leurs diverses dispositions, les articles L. 321-3 et R. 321-5 du code de la sécurité sociale, complétées par l'arrêté du 20 juillet 1992, prévoient déjà un entretien de prévention ciblé sur le patient, en fonction de son âge, sa situation, son travail et ses habitudes de vie, ainsi que des bilans sanguins, ophtalmologiques, cardiologiques et dentaires. Ce dispositif, géré par les caisses d'assurance maladie, fonctionne plutôt bien et est gratuit. La rédaction des prétendues nouvelles dispositions est quasi identique à l'ancienne. Quelle est la différence entre les deux ? Pouvez-vous nous détailler le contenu de ces « rendez-vous de prévention » ?

M. Éric Alauzet. Monsieur le ministre de la santé et de la prévention, voici la mesure que je suggère afin de remédier à la désertification médicale dans les

territoires ruraux et dans les banlieues. Il s'agirait de délocaliser partiellement dans des zones peu fournies des médecins installés dans des zones denses. Cinq ou six médecins pourraient par exemple être mobilisés, à raison d'une journée fixe par semaine chacun, pendant plusieurs années – à la manière d'un cabinet de groupe. Il serait même possible d'assurer la permanence des soins, en mettant en place un système de gardes.

Cette suggestion n'est pas complètement iconoclaste, puisqu'une proposition similaire a été formulée à l'occasion d'une rencontre entre professionnels de santé, patients et partenaires organisée sous le haut patronage du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ce qui est particulièrement important, c'est que toutes les générations de médecins participeraient. C'est à la portée de tous les médecins – étant moi-même médecin, je suis bien placé pour le savoir : si l'on m'avait imposé, il y a trente ans, de m'installer dans la périphérie de Besançon, je serais parti ailleurs ; en revanche, j'aurais été prêt à consulter une journée par semaine à 40 kilomètres de Besançon, de manière à couvrir la semaine avec les collègues.

Je me tiens à votre disposition pour développer et creuser cette idée.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Vous m'invitez à faire montre d'une plus grande ambition. Je le répète : l'un des objectifs du CNR est de fixer une stratégie ambitieuse pour le secteur du grand âge – je vous propose de ne pas en douter. L'attractivité des métiers sera au cœur du débat : elle fait partie des trois principaux axes à explorer. Elle a fait ces dernières années l'objet de nombreux rapports, mesures et investissements, notamment pour ce qui concerne les salaires. Nous allons continuer à y travailler, de manière interministérielle et en envisageant dans leur globalité les facteurs qui influent sur elle – la qualité de vie au travail, les parcours professionnels, les carrières, les transitions professionnelles... –, de manière à redonner sens et goût pour leur travail aux salariés qui accompagnent nos aînés à domicile et dans les établissements médico-sociaux.

La branche autonomie finance chaque année davantage les actions départementales, puisque l'enveloppe dédiée passera entre 2021 et 2023 de 3,5 milliards à 4,6 milliards d'euros. En plus du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, elle participe aussi, en soutien aux départements, au financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, à travers la dotation « qualité » de 3 euros et la revalorisation du tarif plancher, que nous vous proposons d'adosser à l'inflation l'année prochaine.

Les enjeux du financement conjoint de la politique de l'autonomie, dont les départements sont les chefs de file, seront en outre abordés le 10 octobre à l'occasion de la réunion du comité des financeurs mis en place en liaison avec l'Assemblée des départements de France. Seront notamment abordés la mise en œuvre de la revalorisation des filières médico-sociales et des métiers visés par l'engagement pris le 18 février dernier à l'occasion de la conférence des métiers de l'accompagnement

social et médico-social, ainsi que le financement de la revalorisation des interventions à domicile.

Nous avons effectivement souhaité que les IJ liées à la maternité postnatale fassent l'objet d'une reprise par la branche famille. Il ne s'agit pas uniquement de frais de santé spécifiques ; elles permettent aussi aux familles de préparer l'accueil du jeune enfant. Elles font donc, à ce titre, pleinement partie de la politique familiale. C'est une mesure de cohérence, qui participe en outre de la solidarité entre les branches.

Les deux heures supplémentaires de convivialité visent à la fois à favoriser le lien social et à améliorer les conditions de travail des salariés. Une mesure peut viser plusieurs objectifs en même temps : je ne vois pas ce que cela a de choquant. Ayant été pendant près de onze ans gestionnaire d'établissement, je connais bien le fonctionnement de ces structures et ces métiers. S'il y a quelqu'un à qui l'on ne peut pas reprocher d'être déconnecté de la réalité, c'est bien moi !

Quant à l'application de la préférence nationale aux aides de solidarité, j'avoue que je ne m'étais pas préparé à une telle question ! Cette mesure ne fait évidemment pas partie de nos souhaits. À titre personnel, j'estime que l'humanité doit primer toute autre considération. Je suis persuadé que si vous aviez en face de vous des familles en difficulté, vous auriez du mal à leur dire qu'elles ne doivent pas bénéficier des aides. En outre, je n'ai pas l'impression que notre système ne permette pas aux Français de France d'être aidés et soutenus. Que voulez-vous ? Chassez le naturel, il revient au galop ! Cela s'exprime assez différemment chez moi et chez vous, madame Lavalette. Et si l'argument de l'humanité ne vous satisfait pas, il existe des études qui montrent que si l'on n'aide pas ces familles aujourd'hui, elles constitueront plus tard un coût beaucoup plus important pour notre société – pour des raisons sociales, de santé, de sécurité, etc. Je vous invite donc à revoir votre analyse sur la question.

Concernant le bouclier tarifaire, la problématique est la même pour les établissements du secteur du handicap et pour les EHPAD. Les mesures sont en cours d'instruction au sein des ministères concernés. Nous vous tiendrons informés.

M. Gabriel Attal, ministre délégué. S'agissant de la non-indemnisation des arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation par un médecin qui n'est pas le médecin traitant, ceux qui sont visés par cette mesure, ce ne sont évidemment pas nos concitoyens qui vivent dans des déserts médicaux ou des territoires ruraux, ce sont ceux qui veulent absolument obtenir un arrêt maladie et qui, parce que leur médecin traitant refuse de le leur délivrer, multiplient les rendez-vous en téléconsultation jusqu'à ce qu'ils aient obtenu ce qu'ils voulaient. Cela existe : un certain nombre de reportages en ont fait état, et des remontées d'informations depuis le terrain nous l'ont confirmé. Il s'agit d'un phénomène en pleine expansion, le nombre de cas doublant chaque année. Nous avons analysé le profil des bénéficiaires de tels arrêts : 80 % vivent dans des zones urbaines ; dans les trois quarts des cas, les arrêts de travail n'ont été suivis d'aucune prescription de médicaments, de séances

de kinésithérapie ou autres soins, alors que, pour les autres types de consultation, cette proportion est de l'ordre de 40 %. Il y a donc lieu de limiter ce qui apparaît bien comme un abus. Cela ne nous empêche aucunement de mener une action très forte contre les déserts médicaux et en faveur de l'accès aux soins partout sur le territoire ; François Braun en a rappelé le contenu.

Monsieur Bazin, le transfert des IJ maternité postnatales de la branche maladie à la branche famille est moins une mesure d'équilibre budgétaire entre branches qu'une mesure de cohérence, puisque les IJ paternité figurent déjà dans la branche famille. La branche maladie continuera de prendre en charge les IJ prénatales.

Mme Amrani a évoqué les hôpitaux maltraités, notamment dans l'Essonne. En tant que ministre chargé des comptes publics, je suis responsable de l'argent public engagé. Je constate que le Ségur de la santé a alloué 89 millions au Centre hospitalier sud-francilien, 133 millions au Groupement hospitalier Nord-Essonne et 19 millions au Centre hospitalier Sud-Essonne, notamment pour de nouveaux blocs maternité.

Cet effort est inédit dans l'histoire de notre pays : jamais on n'a investi autant en si peu de temps pour l'hôpital. Cela prend du temps, évidemment, et les résultats ne se voient pas tout de suite, surtout quand on lance des travaux d'une telle ampleur, mais c'est une réalité partout dans le territoire, notamment dans l'Essonne.

Vous considérez que cela n'est rien mais bon nombre d'hôpitaux aimeraient bénéficier de ces fonds, en plus de ce que nous leur apportons déjà.

M. François Braun, ministre. Madame Vidal, d'abord, félicitations pour votre élection à la présidence du conseil territorial de santé Rouen-Elbeuf.

Il est en tout point conforme au CNR Santé que les élus choisissent la maille qu'ils souhaitent pour organiser les discussions – CTS, communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou, comme dans la Sarthe, commission territoriale de santé qui représente le département.

Tout a été dit s'agissant des arrêts de travail en téléconsultation. Dans des cas exceptionnels, nous serons amenés à atténuer la mesure.

La mission sur la quatrième année du diplôme d'études spécialisées, que Sylvie Retailleau et moi-même avons récemment confiée à quatre professionnels de santé, ne relève pas de la concertation puisque nous avons déjà discuté avec les professionnels : ce sont eux, internes compris, qui ont demandé une telle réforme. La mission doit préciser les modalités, notamment financières, de cette quatrième année de docteur junior – le statut existant pourrait être aménagé – dont les premiers effets se feront sentir dès 2026. Il n'y aura pas d'année blanche car les étudiants seront supervisés dans les territoires par des médecins libéraux : 12 941 maîtres de stage

ont déjà été recensés, un chiffre qui continue d'augmenter. La mission dira également si nous pouvons assouplir leur statut.

Le PLFSS prévoit 9,3 millions d'euros pour l'ensemble des pathologies chroniques douloureuses, telles que la spondylarthrite ankylosante ou l'endométriose.

L'endométriose reste une priorité : nous devons aboutir à un diagnostic rapide. Dès que le test aura été validé scientifiquement par des études multicentriques, il sera pris en charge. Attendre sept ans pour un tel diagnostic est inadmissible. Il faut aller plus vite et poursuivre le déploiement des filières dédiées à la prise en charge de l'endométriose. Dès le 12 juillet, huit jours après ma prise de fonction, j'ai émis une instruction relative à leur organisation au sein des ARS. Leur déploiement jusqu'en 2023 sera surveillé de près.

Nous tenterons également de prendre plus vite en charge la spondylarthrite ankylosante. Je reste à votre disposition sur cette question.

Les ordres professionnels étant responsables du cadre de l'exercice professionnel, j'ai confié début septembre au comité de liaison interordinal (CLIO) la mission de réfléchir aux transferts de compétences. Le CLIO doit rendre ses conclusions à la fin du mois. Les discussions sont dynamiques, comme vous pouvez l'imaginer.

La santé mentale, un des sujets des rendez-vous de prévention, est une problématique majeure, principalement pour les jeunes. Dans un an se tiendront les assises de la santé mentale et de la psychiatrie. Notre politique comporte cinq leviers.

Il s'agit d'abord de développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge, avec la campagne « J'en parle à » pour les 11 à 17 ans – le taux de suicide chez les jeunes filles de 10 à 14 ans a bondi, ce qui est très préoccupant.

Nous organisons des formations aux premiers secours en santé mentale et des sensibilisations à la santé mentale dans le cadre du service national universel auprès des étudiants relais-santé, encadrés par les ARS, et dans le dispositif du service sanitaire des étudiants en santé.

Avant l'apparition de troubles psychiatriques installés, nous déployons des lignes et chats d'écoute pour les jeunes – outre le fil santé jeunes du 3114, le service Nightline France, créé par les étudiants pour les étudiants, est très efficace.

Le dispositif MonPsy prévoit huit séances de psy remboursées. On estime que 200 000 parcours seront complétés d'ici à la fin de l'année. À la fin août, 1 842 professionnels étaient recensés, dans tous les départements hormis la Lozère et l'Orne ; plus de 30 000 patients ont été pris en charge depuis avril. Au total, près de 95 000 séances ont été remboursées.

Enfin, pour les délégations de tâches, environ 270 IPA en psychiatrie et santé mentale sont en cours de formation.

Sur les suites de la mission « flash », je l'ai dit, tout ce qui aura montré son efficacité sera poursuivi. J'attends aussi les conclusions des missions de l'IGAS.

L'installation des jeunes dans les territoires ruraux me tient particulièrement à cœur. Le dispositif Parcours d'excellence y contribue. La meilleure chance qu'un jeune s'installe dans un territoire sous-doté à l'issue de ses études de médecine est en effet qu'il en soit issu.

Avec la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de l'éducation nationale, nous travaillons à repérer ces jeunes dès le lycée, pour éviter qu'ils ne s'autocensurent et renoncent aux études de médecine.

Nous pouvons les accompagner afin qu'ils réussissent le concours. Nous avons là encore besoin des élus, dans le cadre du CNR, car des moyens peuvent être nécessaires pour qu'un jeune de 17 ans, qui vit à 200 kilomètres de sa faculté et n'a pas encore son permis, étudie la médecine.

Les formations délocalisées commencent aussi à se généraliser, au plus près des territoires, tant pour la première année que pour les suivantes.

Nous agissons donc sur le court terme, avec les missions sur les déserts médicaux ; sur le moyen terme avec les stages ; et sur le plus long terme avec les parcours d'excellence.

S'agissant du *numerus apertus*, une augmentation de 20 % des étudiants en deuxième année entre 2020 et 2021, ce n'est pas rien. Nous sommes passés de 9 360 étudiants en deuxième année à 11 187, l'année dernière. Laissons les choses se faire – heureusement que le *numerus clausus* a été supprimé !

Le PLFSS favorise également le cumul emploi-retraite. Nous continuerons dans cette direction.

La question du travail le samedi matin sera discutée au niveau national car elle n'est pas évidente à trancher. Certains médecins préfèrent ouvrir leur cabinet le samedi matin plutôt que d'intégrer ces consultations à la permanence des soins. C'est aussi une question sociétale : l'arrêt du travail le week-end concerne tous les secteurs.

Vous connaissez mon attachement à l'outre-mer, qui connaît des difficultés d'accès à la santé très particulières. Les CNR territoriaux pourront mettre en évidence et traiter des problématiques locales, comme les élus d'Alsace le feront pour les problèmes transfrontaliers.

Le logement intéresse les élus : il figurera aussi dans les discussions locales du CNR sur l'attractivité. Outre les efforts de l'AP-HP, de nombreux logements de

sportifs seront réservés aux soignants de la région parisienne, après les Jeux olympiques.

Nous comptons augmenter les stages dans les zones sous-dotées dès le début des études de médecine. Les jeunes étudiants doivent connaître le plus tôt possible l'exercice dans ces territoires. La quatrième année s'y effectuera très majoritairement – nous engagerons les moyens pour ce faire.

La téléconsultation est un formidable outil, qui ne remplace pas cependant une prise en charge correcte. Je suis favorable à des expérimentations, dans le cadre de l'article 51, notamment. Puisqu'il s'agit de problèmes locaux, ils pourront, là encore, être renvoyés au CNR Santé et résolus dans le territoire. L'idéal reste la téléconsultation accompagnée par un professionnel de santé, comme un pharmacien – je ne suis pas certain que la téléconsultation non supervisée, au milieu d'un supermarché, réponde au problème de l'accès aux soins. Un dispositif sera organisé en fonction des solutions trouvées dans les territoires,

La gouvernance de notre système de santé doit être questionnée afin d'être la plus efficace possible.

La « maltraitance » du système hospitalier qu'évoquait Mme Amrani dure depuis trente ans, non cinq. Cet été, huit services d'urgences – privés, pour la moitié d'entre eux – ont fermé leurs portes. Même si ce sont huit de trop, le chiffre est loin des quatre-vingts services que vous citez.

Les urgences vitales ont heureusement pu être maintenues par les équipes préhospitalières. Il manque des médecins, des infirmiers diplômés d'État, des sages-femmes. Les lits ne manquent pas, mais nous n'avons pas de professionnels de santé pour les faire tourner.

Il est absurde de faire croire aux Français que l'on peut, en claquant des doigts, disposer de 10 000 ou 100 000 professionnels de santé en plus. Nous devons résoudre les problèmes d'aujourd'hui avec les troupes que nous avons aujourd'hui, et, par le *numerus apertus* ou l'augmentation des formations, continuer à former des soignants supplémentaires.

Les cyberattaques sont un véritable problème pour notre système de santé. Nous l'avons vu depuis plusieurs années, les établissements de santé y sont mal préparés. Le plan France Relance a consacré 176 millions pour réaliser un diagnostic dans plus de 150 établissements, suivi d'une sensibilisation aux actions de cyberprotection.

Nous ne céderons jamais aux terroristes. L'établissement attaqué a informé toutes les personnes dont les données médicales étaient susceptibles d'être divulguées. Lors de ma visite, le 26 août, j'ai annoncé une dotation supplémentaire de 20 millions d'euros. Avec les équipes de la police, de la cybercriminalité et de la

justice, nous renforçons l'ensemble des mesures, pour tous les établissements de santé identifiés comme cibles.

Quant à la suspension des soignants, je me suis d'ores et déjà exprimé en précisant que je suivrai les avis des autorités scientifiques.

Pour ce qui concerne les rendez-vous de prévention, le dispositif est loin d'être parfait. Les rendez-vous existent mais peu de personnes les prennent. Ce qui importe, c'est d'aller vers ceux qui ne les prennent pas.

Je rejoins entièrement les propos tenus sur l'exercice délocalisé de la médecine. La solution est très intéressante dans une logique de territoire et de responsabilité collective.

Une première expérimentation débutera dans la Creuse dans quelques semaines. Des médecins de territoires plus lointains viendront passer une semaine dans une structure créée par des élus. On retrouve là les problématiques des besoins de santé, de l'implication des élus et des professionnels de santé à l'échelle d'un territoire plus large que la zone d'origine.

Merci de cette proposition : elle sera incluse dans les outils que nous mettrons à disposition des territoires.

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

Réunion du mercredi 5 octobre 2022 à 11 heures

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

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12227592_633d45aa03de3.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes-su-5-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous avons le plaisir de recevoir M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes.

Jusqu'à cette année, la présentation par le premier président de la Cour des comptes du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) marquait le début de nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Toutefois, la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) se traduit par un dépôt plus précoce du PLFSS, ce dont nous nous réjouissons ; aussi, les ministres François Braun, Jean-Christophe Combe et Gabriel Attal nous ont présenté le texte dès le 26 septembre.

Ce nouveau calendrier a contraint la Cour des comptes à adapter le sien cette année pour la préparation du RALFSS, afin de tenir compte non seulement du PLFSS présenté par le Gouvernement, mais aussi de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le 27 septembre. Ce calendrier demeurera toutefois exceptionnel, puisqu'à compter de l'année prochaine, le RALFSS sera présenté conjointement avec le nouveau projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, qui doit être déposé au plus tard le 1^{er} juin – je salue Thomas Mesnier, qui est à l'origine de cette disposition.

Au-delà de ces circonstances particulières, le RALFSS n'en continue pas moins d'être une référence essentielle pour éclairer l'examen du PLFSS. C'est d'ailleurs toujours le cas des travaux de la Cour, en particulier des enquêtes que l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières nous permet de lui demander. Ainsi, à la fin du premier semestre 2023, vous nous remettrez un rapport très attendu sur les soins palliatifs, dans la perspective de l'examen d'un texte législatif relatif à la fin de vie. J'ai eu récemment un échange très constructif avec la nouvelle présidente de la sixième chambre, Mme Hamayon, qui m'a permis de m'assurer que les travaux de la Cour seraient de nature à répondre aux attentes de la commission. Je l'en remercie d'avance.

M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes. C'est avec grand plaisir que je retrouve votre commission, pour la première fois sous cette

nouvelle législature, pour cet exercice annuel important. Le changement de calendrier que vous avez rappelé ne simplifie pas la tâche de la sixième chambre, qui a terminé un RALFSS tout en commençant déjà à préparer le suivant. Mais cela ne durera qu'un an, c'est une phase de transition un peu chargée.

C'est aussi un début un peu chargé pour sa nouvelle présidente, Véronique Hamayon, qui est à mes côtés ce matin – comme vous le savez, elle connaît très bien l'Assemblée nationale. Elle est accompagnée du conseiller maître Stéphane Seiller, rapporteur général de ce rapport, et de Thibault Perrin, rapporteur général adjoint. Je voudrais mentionner devant vous le rôle majeur joué par Denis Morin, ancien président de la sixième chambre, dans la conception et les arbitrages de ce rapport si important pour nous. Je salue chaleureusement ceux qui m'entourent pour leur implication, ainsi que la vingtaine d'autres rapporteurs qui ont contribué à ce travail lourd, volumineux, approfondi et, je le crois, utile pour la représentation nationale.

Le rapport que je vais vous présenter est établi, comme chaque année, dans le cadre de la mission constitutionnelle d'assistance de la Cour au Parlement et au Gouvernement. Il accompagne le PLFSS 2023.

Comme j'ai l'habitude de le faire, j'ai présenté hier à la presse ce rapport également très attendu par nos concitoyens. J'irai le présenter tout à l'heure devant la commission des affaires sociales du Sénat. Éclairer les parlementaires avant le vote d'un texte financier majeur pour notre pays est une des vocations de la Cour. Cela participe aussi à l'information des citoyens. J'y tiens énormément, non seulement parce que je conserve dans mon cerveau reptilien une sensibilité d'ancien parlementaire, mais aussi parce que c'est ainsi que je conçois mon rôle et mon devoir de premier président de la Cour.

Ce rapport intervient dans un contexte nouveau, que vous connaissez aussi bien que moi. Les tensions économiques – notamment inflationnistes – résultant de la guerre en Ukraine sont pour nous un sujet de préoccupation majeur. Leurs conséquences sur la croissance sont encore difficiles à prévoir, mais nous savons déjà qu'elles seront importantes. La nécessité d'adapter notre société tout entière aux conséquences du dérèglement climatique est au centre du débat public. La lutte contre la pandémie de covid-19, qui a continué à peser sur les dépenses de l'assurance maladie en 2021 et 2022, laisse une empreinte durable sur la dette et les déficits publics.

Les transferts sociaux jouent dans notre pays un rôle essentiel – vous le savez mieux que quiconque. Ils viennent de le prouver en amortissant efficacement les conséquences de la crise sanitaire. La protection sociale est un pilier de la République. Pour être efficace demain comme elle l'a été hier, elle doit être solide, et ne peut s'installer durablement dans l'accumulation non maîtrisée de déficits. Une branche maladie ou une branche retraite déséquilibrée implique que des dépenses de soins ou des pensions actuelles seront financées par nos enfants et nos petits-enfants. Ces derniers auront à assumer, demain et après-demain, les nouvelles dettes que nous

contractons aujourd'hui. C'est une lourde responsabilité, une traite sur le futur, que nous ne devons pas prendre de façon inconséquente.

Le rapport qui vous est présenté démontre clairement qu'il n'est pas possible de différer plus longtemps l'engagement des réformes dont la sécurité sociale a besoin. C'est un travail de longue haleine, qui devra être conduit avec courage et constance dans les années qui viennent, en suivant une trajectoire de redressement explicite et solide. J'évoquerai dans quelques instants les éléments de prévision figurant en annexe au PLFSS 2023.

La Cour est tout à fait consciente des difficultés que présente le redressement des comptes de la sécurité sociale. Ses travaux ont pour but de vous aider à identifier des marges d'efficience, en particulier dans les domaines de l'assurance maladie ou de la retraite. Le rapport qu'elle consacre à l'application des lois de financement de la sécurité sociale présente un ensemble d'évolutions nécessaires à nos yeux. Je note avec intérêt que le PLFSS comporte cette année de nombreuses propositions issues de nos avis.

Conformément à sa démarche d'évaluation, la Cour dresse dans ce rapport le bilan de l'application de quelques réformes récentes. Nous avons identifié des insuffisances, mais aussi des réformes réussies dont peuvent être tirés des enseignements pour l'avenir.

La Cour souligne aussi la nécessité d'améliorer la qualité de l'action publique et des services rendus aux assurés sociaux, tout en contribuant à l'effort de maîtrise des dépenses. Quelques exemples issus de précédents rapports illustrent l'intérêt d'engager des chantiers ciblés de réformes, dans un souci de cohérence d'ensemble.

Je souhaite tout d'abord rappeler la situation financière actuelle de la sécurité sociale, ainsi que ses perspectives dans les prochaines années, au vu des dernières données disponibles communiquées par la commission des comptes de la sécurité sociale et de la trajectoire financière quadriennale présentée par le Gouvernement en annexe au PLFSS 2023.

Le déficit de la sécurité sociale s'établissait, en 2021, à 24,3 milliards d'euros, ce qui est très élevé. De surcroît, estimant que 5 milliards d'euros de recettes liées à des prélèvements sociaux ont été indûment rattachés à l'exercice 2021, la Cour a opposé un net refus – qui n'a pas été suffisamment pris en compte – à l'approbation des comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et des Urssaf pour l'année 2021. Si ces recettes avaient été rattachées à l'exercice 2020, comme cela aurait dû être le cas et comme la Cour le demandait, le déficit aurait même été, en 2021, de 29,3 milliards d'euros.

Je note par ailleurs la persistance, en 2022, d'un déficit structurel – hors dépenses liées à la crise sanitaire – équivalent à celui de 2021, aux alentours de 6 milliards d'euros. Ce déficit est préoccupant.

À nouveau, la Cour souligne la nécessité d'un programme pluriannuel de réformes dans les domaines de l'assurance maladie et des retraites, qui permette à la sécurité sociale de revenir à un équilibre financier pérenne.

Or, une telle orientation, aussi souhaitable soit-elle, n'apparaît pas de façon suffisamment nette dans le PLFSS 2023. Il est vrai que le PLFSS prévoit une réduction du déficit de la sécurité sociale, de 18 milliards d'euros en 2022 à moins de 7 milliards d'euros en 2023. Grande nouvelle ! Mais cette réduction du déficit repose sur une hypothèse optimiste, celle de la division par dix des dépenses exceptionnelles d'assurance maladie dues à la crise sanitaire.

Dans son avis sur le PLFSS 2023, le Haut Conseil des finances publiques – que je préside également et dont j'ai présenté les travaux la semaine dernière devant la commission des finances – a considéré que cette estimation, supposant la division par vingt des dépenses de tests par rapport à 2021, risquait de se révéler très insuffisante. Nous souhaitons tous que soit réalisée une telle évolution, qui signifierait *de facto* la résolution de la crise du covid. Cependant, la mise en place d'une provision dépend non pas d'espoirs, mais de l'évaluation de risques. En l'espèce, les espoirs sont formulés au détriment d'une prise en compte suffisante des risques.

La croissance des dépenses d'assurance maladie hors crise sanitaire serait, dans le PLFSS, inférieure à la hausse des prix, ce qui suppose des effets d'ajustement importants des professionnels et des établissements de santé. C'est un objectif volontariste ; les exercices passés ont montré qu'il était très difficile à atteindre. Les dépenses structurelles pourraient donc, le cas échéant, être sous-estimées. Le déficit pourrait également s'inscrire à un niveau plus élevé que celui prévu, indépendamment même des incertitudes qui entourent l'environnement macroéconomique.

À cet égard, le Haut Conseil a estimé optimistes les prévisions de croissance sur lesquelles étaient fondés les documents financiers qui vous sont soumis cette année. La prévision de croissance pour 2023 est à quelque 1 %, la prévision de croissance mondiale à 3,1 %, très loin des projections des instituts de prévision, qui estiment la croissance mondiale à moins de 2 %, et la croissance française à 0,6 %, plutôt orientée vers la baisse que vers la hausse.

De plus, le montant de 123 milliards d'euros de déficits sociaux que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a été autorisée à reprendre sera atteint en 2033. Pour continuer d'absorber des déficits sociaux, à structure de recettes inchangée, il faudra donc prolonger sa durée de vie au-delà du terme prévu de 2033. Nous ne devons pas nous voiler la face : il existe un risque réel de croissance continue de l'endettement social, au détriment des générations futures. Ce déficit sera de 160 milliards fin 2022.

Pour 2024 et 2025, les annexes au PLFSS prévoient un déficit de la sécurité sociale qui repartirait à la hausse, avant de se tasser quelque peu par la suite. En 2026,

il s'élèverait à près de 12 milliards d'euros. Malgré des transferts en sa faveur au détriment de la branche famille, la branche maladie serait en déficit de près de 3 milliards d'euros. Encore faut-il souligner que ce niveau de déficit supposerait une stabilisation en termes réels des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Les efforts d'économies correspondants restent à définir et à mettre en œuvre. Le déficit de la branche vieillesse et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteindrait quant à lui près de 14 milliards d'euros, contre moins de 2 milliards d'euros en 2021, en raison de la dégradation de la situation financière des régimes de retraite de base des salariés du secteur privé et des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

La dégradation du déficit prévisionnel de la sécurité sociale est d'autant plus préoccupante qu'elle repose – je le répète – sur des prévisions de croissance économique considérées comme vraiment optimistes par le Haut Conseil des finances publiques, dans son avis sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027, que la commission des finances n'a pas adopté, ce que je regrette – je le dis en tant que premier président de la Cour des comptes ; je n'ai pas à me prononcer sur le débat politique –, car ce n'est pas une formalité juridique : c'est un point d'appui nécessaire pour les opinions que peut délivrer la Commission européenne, comme pour les avis que doit rendre le Haut Conseil.

En l'absence d'objectifs de moyen terme étayés et consignés dans un texte, l'ensemble devient un peu acrobatique. J'ai parlé devant la commission des finances de « *trapèze sans filet* » ; j'ai effectivement le sentiment que nous n'avons plus de filet. La situation est assez problématique. Néanmoins, le texte a été soumis à l'examen de la commission des finances, il fera l'objet d'un vote dans l'hémicycle et, quoi qu'il en soit, il existe et constitue une référence, malgré des prévisions trop optimistes selon la Cour.

Cela me conduit à dire que la trajectoire prévue de retour à l'équilibre puis de désendettement nous semble peu crédible. Il est prioritaire de la revoir et de documenter précisément les mesures de redressement nécessaires.

Le rapport souligne aussi combien la multiplicité et les fréquentes modifications des sources de financement et des flux financiers affectent la compréhension des soldes des branches et du FSV. La Cour propose que les sources de financement des différentes branches soient clarifiées, simplifiées et stabilisées. Ce n'est pas un sujet théorique : les modalités pratiques du redressement de la sécurité sociale dans la durée en dépendent. Si les exigences de clarté, de rigueur et de stabilité ne sont pas prises en compte, le respect des trajectoires prévues pour les différentes branches ne pourra être garanti.

Enfin, de 2010 à 2021, les dépenses de soins de ville ont augmenté trois fois plus vite que l'inflation – c'est un chiffre spectaculaire. La Cour considère que les professionnels libéraux de santé doivent contribuer davantage aux priorités nationales de santé, tout en respectant les objectifs de dépenses liés à la trajectoire

pluriannuelle du risque maladie. Cette orientation devrait être au centre des prochaines négociations entre l'assurance maladie et les syndicats des professions libérales de santé.

Voilà pour le diagnostic financier. Mon deuxième point sera consacré à l'examen de trois réformes récentes sur lesquelles la Cour s'est penchée pour évaluer si leurs objectifs avaient été atteints.

La première réforme est celle de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje). Nous nous sommes intéressés aux deux principaux dispositifs versés sous conditions de ressources : la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepaje), créée en 2014, qui indemnise les périodes de cessation d'activité durant les trois premières années de la vie de l'enfant, et le complément de libre choix du mode de garde (CMG), créé dix ans plus tôt, qui aide les familles à financer la garde par des tiers des enfants de moins de 6 ans. Tous deux ont été réaménagés au milieu de la dernière décennie.

Ces aides sous conditions de ressources n'ont pas atteint leurs objectifs. La Prepaje gagnerait à être recentrée sur les arrêts d'activité des parents durant la seule première année de l'enfant et accompagnée d'une indemnisation plus élevée. Les barèmes du CMG sont quant à eux défavorables aux familles les moins aisées, qui ne sont pas réellement libres du choix du mode de garde de leurs enfants. Les barèmes devraient donc être réaménagés pour permettre aux familles les plus modestes de recourir davantage à l'ensemble des modes de garde possibles.

Le PLFSS prévoit une mesure qui modifie le CMG selon nos recommandations – ce dont je me réjouis –, sans toutefois toucher à la Prepaje. Il serait opportun de faire évoluer les deux dispositifs de manière cohérente et concomitante, pour en garantir l'efficacité simultanée, tout en évitant un coût supplémentaire pour la branche famille. Autrement dit, c'est un pas dans la bonne direction, mais il ne faut pas oublier que nous marchons sur deux pieds.

La deuxième réforme examinée est celle de l'automatisation du calcul des aides personnalisées au logement. Calculer automatiquement les prestations à partir des données les plus récentes – dites contemporaines – relatives aux revenus perçus par les bénéficiaires est une bonne idée, mais l'expérience a montré les effets délétères des erreurs informatiques lorsqu'elles touchent les revenus des plus précaires. Nous invitons l'administration à anticiper ces risques techniques dans le cadre des expérimentations prévues du principe de « solidarité à la source » souhaité par le Président de la République. La priorité, pour le versement des prestations financées par la solidarité nationale, reste le paiement exact, à qui de droit, en temps et en heure. En outre, l'automatisation du versement oblige à conduire le chantier de simplification des bases de calcul des prestations sociales.

Le dernier exemple porte sur le transfert au régime général de la gestion de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, du fait de la suppression du Régime social des indépendants (RSI). Dans l'ensemble, l'opération est une réussite.

L'administration doit maintenant pousser les réformes au-delà des sujets d'organisation de la gestion, pour traiter les problèmes de fond qui subsistent en matière de protection sociale de ces catégories professionnelles importantes pour l'économie de notre pays. Il s'agit notamment de l'équité du prélèvement social à la charge des travailleurs indépendants par rapport à celui des salariés, de l'équité de ce prélèvement entre les différentes catégories d'indépendants et de la complétude de leur protection sociale.

Le troisième et dernier point concerne ce qui constitue une préoccupation constante de l'institution que je préside : l'amélioration de la qualité et de la maîtrise de la dépense dans le champ de la protection sociale. Cela nécessite une approche méthodique, ferme, engagée, domaine par domaine, secteur par secteur, si l'on veut que chaque euro d'impôt ou de cotisation soit utilement dépensé dans l'intérêt de nos concitoyens. Je n'ai jamais été un ayatollah de l'austérité, je ne traque pas chaque euro de dépense, mais je considère que la qualité de la dépense publique doit nous préoccuper au même titre que sa quantité. L'objectif doit être au cœur des réformes qui sont menées.

Quatre domaines font apparaître de très nettes marges d'amélioration. Les deux premiers concernent le champ de la santé et de l'assurance maladie, qui doit constituer un terrain de réforme prioritaire.

Nous savons tous combien la réforme de l'hôpital public appelle d'efforts particuliers. Les personnels attendent des mesures, notamment d'organisation, de gestion et de répartition plus juste des moyens. De meilleures conditions de travail sont nécessaires pour que leur engagement, dont nous avons mesuré à quel point il était exceptionnel, puisse s'exprimer librement. L'hôpital a besoin d'investissements. Certes, des sources d'économies y existent aussi, notamment grâce à la numérisation, mais ce n'est pas là que nous recommandons de porter l'effort en priorité – sinon l'effort d'investissement.

Une autre clef se trouve du côté de la médecine libérale, dont les activités interagissent avec le secteur hospitalier. Nous avons choisi pour cela de sonder deux activités distinctes, la radiologie et la radiothérapie.

Dans les deux cas, les enjeux sont similaires : une répartition territoriale insatisfaisante ; des procédures d'évaluation et de prise en charge de l'innovation limitées ; des actions insuffisantes d'amélioration de la pertinence des actes ; une connaissance sommaire des activités réalisées et de leur coût, et une inadéquation de la tarification des activités, dont l'impact sur la rémunération des professionnels constitue une perte d'attractivité préoccupante pour l'hôpital. Des réponses doivent être apportées rapidement à ces difficultés.

Un autre exemple concerne un aspect majeur pour la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement de nos concitoyens âgés ou en situation de handicap, à savoir les conditions de travail des personnels du secteur médico-social. Nous les

avons analysées à travers le prisme des accidents du travail et des maladies professionnelles, ce qui constituait une démarche inédite.

La fréquence des accidents ou des maladies auxquels sont exposés les salariés de certaines catégories d'établissements, notamment ceux des Ehpad, est trois fois supérieure à celle constatée dans l'ensemble des secteurs de l'économie. Nous avons montré que l'amélioration progressive du taux d'encadrement – c'est-à-dire du nombre des salariés disponibles pour prendre en charge et accompagner les personnes – permettrait non seulement d'améliorer la qualité des services rendus à ces personnes, mais aussi de réduire fortement le nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles. En d'autres termes, nous avons détecté une sorte de cercle vicieux de l'économie aveugle, qui enclenche des dépenses supplémentaires.

Il faut dépenser plus pour les Ehpad ; la Cour l'a dit dans un rapport demandé par la commission des affaires sociales du Sénat. L'année dernière, nous avons chiffré les dépenses supplémentaires entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros – je l'ai dit devant les assises des Ehpad. Mais mieux vaut dépenser au bon endroit pour renforcer le taux d'encadrement, limiter les absences, et minimiser le coût considérable des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La Cour des comptes est au service du Parlement, en particulier de votre commission, pour renforcer la transparence et la régulation financière des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La force de la Cour réside dans l'indépendance de ses travaux. Lors de la présentation de l'enquête de la Cour sur la médicalisation des Ehpad réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, j'ai pris publiquement position pour regretter les limites actuelles de la compétence des juridictions financières en la matière. L'amélioration du contrôle passe aussi par l'extension des compétences des autorités constitutionnelles de contrôle.

L'utilisation des recettes d'hébergement échappe au contrôle de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes (CRTC). Je forme devant vous le vœu que le législateur fasse évoluer le champ de compétences de la Cour et des CRTC dès le PLFSS 2023 – comme cela était initialement prévu, dans des conditions qui pouvaient être améliorées ; je ne serais pas malheureux que vous décidiez de réintroduire ces dispositions, car il y va de l'information du citoyen, de notre possibilité de contrôler, au sein de l'établissement et du groupe, de manière inopinée parfois, les produits d'hébergement et les postes de charge qu'ils financent, notamment l'immobilier et les achats. Mes équipes et moi-même sommes à votre disposition pour discuter d'un projet d'amendement, si vous y consentez. Je pense que c'est hautement souhaité. Les scandales que nous avons connus démontrent que ce secteur a besoin d'être mieux contrôlé. La Cour, par sa connaissance du secteur social, me semble la mieux placée pour le faire, au service du Parlement et du citoyen.

Le dernier exemple d'amélioration de la qualité et de l'efficacité concerne un aspect mal connu de notre système de retraite. Je vous le dis d'emblée – comme à la presse hier : ce rapport ne contient pas de grands développements concernant la retraite, en dépit de l'actualité du sujet. Mais nous avons traité un thème particulier : celui des droits familiaux attribués aux parents au titre de leurs enfants. Ces droits représentent près de 20 milliards de dépenses annuelles. Ils ont été institués il y a cinquante ans ou plus, à une époque où les familles étaient plus nombreuses qu'aujourd'hui et les mères travaillaient considérablement moins. Ces dispositifs complexes accordent des trimestres mais sans compenser suffisamment les pertes de salaires subies par les mères. Nous recommandons une remise à plat pour corriger cette injustice, sans dépenses nouvelles bien entendu.

Je voudrais, en conclusion, revenir sur le message principal du rapport.

Il est impératif à nos yeux de mettre fin à l'accroissement continu de la dette sociale, en remettant rapidement la sécurité sociale sur un chemin effectif d'équilibre financier. Pour cela, ne nous en tenons pas à des perspectives de croissance de l'activité économique aléatoires et incertaines, bien que les recettes sociales en dépendent. Il faut entreprendre rapidement les réformes nécessaires de notre protection sociale, qu'il s'agisse des retraites, mais aussi de l'organisation de notre système de santé, en rendant leurs dépenses plus efficaces. Dans ce domaine comme dans d'autres, nous préconisons de privilégier la qualité de la dépense : non pas l'austérité aveugle, mais la dépense bien calibrée.

Ces réformes sont d'abord nécessaires pour garantir la pérennité de notre système de retraite et l'accès de tous à des soins de qualité, sans réduire les niveaux de prise en charge par l'assurance maladie. C'est ce qu'attendent nos concitoyens.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Merci pour cette très belle présentation et toutes vos préconisations qui n'auront pas manqué d'éclairer les commissaires que nous sommes. Je suis certaine également qu'elles auront suscité beaucoup de questions.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Merci pour votre exposé clair et complet des enjeux de financement et d'efficacité auxquels la sécurité sociale – à laquelle nous sommes profondément attachés – est confrontée en ce début de législature.

Vous dressez un bilan quelque peu inquiétant des perspectives des comptes sociaux pour les années à venir. Les trajectoires prévisionnelles sont largement déficitaires dans les branches maladie et vieillesse. Or vous estimez que la dégradation du déficit à compter de 2024 pourrait être sous-estimée, en raison notamment d'hypothèses de croissance optimistes pour les années 2023 à 2027. Dans son avis relatif aux textes financiers, le Haut Conseil des finances publiques partage cette position. Avez-vous effectué des simulations permettant de connaître les trajectoires financières des branches au sein des régimes obligatoires, si la croissance devait être inférieure aux prévisions ?

Au regard du niveau élevé des déficits cumulés par la sécurité sociale au cours des derniers exercices et supportés conjointement par l'Accoss et la Cades, vous estimez qu'il existe une forte probabilité de devoir à nouveau reculer la date finale d'amortissement de la dette sociale, actuellement fixée à 2033. Vous appelez en outre à préserver les ressources de la Cades pour assurer à tout le moins le maintien d'une trajectoire proche de celle décidée en 2020. À cet égard, faut-il réaffecter des recettes ou au contraire rembourser la dette ancienne ?

S'agissant des dépenses d'assurance maladie, le rapport que vous nous avez communiqué porte un regard critique sur l'efficacité du système conventionnel qui régit les relations de l'assurance maladie avec les médecins libéraux. Vous estimez que, tel qu'il fonctionne, ce système de conventions ne permet ni d'atteindre les objectifs de santé publique que nous avons fixés, ni de maîtriser les dépenses. Vous proposez de rénover l'architecture conventionnelle en instaurant un accord-cadre interprofessionnel concernant l'ensemble des professions. Dans quelle mesure pensez-vous que cette clarification permettrait d'accélérer le partage de compétences entre professionnels, sujet sur lequel nous avons vingt ans de retard comparativement à beaucoup d'autres pays ?

Enfin, vous proposez davantage de rémunération au forfait pour les médecins libéraux. Ne pensez-vous pas qu'il serait utile de faire converger ce modèle avec un peu plus de rémunération à l'acte des médecins salariés ?

M. Thibault Bazin, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Je vous remercie pour votre analyse éclairante des comptes et perspectives financières de la sécurité sociale, ainsi que pour les propositions que vous avez formulées.

Les déficits sont inquiétants et les hypothèses budgétaires trop optimistes – mais je m'arrêterai là, en tant que député de l'opposition, pour concentrer mon intervention sur la branche pour laquelle j'ai été désigné rapporteur.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est devenue excédentaire en 2021, et le solde devrait continuer de s'améliorer en 2022 et 2023, avec des excédents de l'ordre de 2 milliards d'euros. Le PLFSS prévoit, pour 2023, un transfert de 1,2 milliard d'euros de la branche AT-MP vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, soit 100 millions d'euros supplémentaires par rapport à l'année 2022.

Dans son rapport, la Cour s'interroge sur le bien-fondé de l'organisation actuelle. La frontière entre les causes professionnelles et non professionnelles de l'état de santé des patients est perméable, ce qui justifie le transfert compensatoire de la branche AT-MP vers la branche maladie. Il existe de fortes similitudes entre les arrêts de travail pour maladie et pour AT-MP dans les différents secteurs d'activité. Or les actions de prévention visant à maîtriser les risques d'interruption d'activité manquent d'efficacité. Les arrêts de travail pour maladie ou AT-MP et les

indemnités journalières augmentent tendanciellement plus vite que les recettes de la sécurité sociale. Les pensions d'invalidité sont elles aussi très dynamiques.

Vous proposez donc de regrouper au sein d'une même branche l'ensemble des prestations versées par l'assurance maladie au titre des risques maladie et AT-MP. Cette branche aurait pour mission prioritaire de mener une politique transverse visant à prévenir les interruptions d'activité pour motif de santé et à accompagner les salariés dans la reprise d'une activité professionnelle. Comment une telle évolution pourrait-elle se concrétiser, que ce soit sur le plan organisationnel ou sur le plan financier ? Avez-vous déjà eu des échanges avec l'assurance maladie ou le ministère de la santé et de la prévention à ce propos ? Comment pourrions-nous revaloriser le rôle de la médecine du travail en matière de prévention ?

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie. À mon tour de vous remercier pour les éléments précis que vous venez de nous présenter. Pour ma part, j'appellerai votre attention sur le volet autonomie du PLFSS, s'agissant aussi bien des mesures déjà mises en œuvre et que nous avons commencé à évaluer que de celles qui sont présentées cette année.

Le déficit de la branche s'élève à 500 millions d'euros en 2022, sous l'effet de mesures très ambitieuses comme le tarif socle, ou encore les revalorisations prises à la suite du Ségur de la santé et de la mission Laforcade. En 2023, il atteindra 1,2 milliard d'euros, du fait d'un objectif global de dépenses porté à 5 % – 5,1 % pour les personnes âgées et 5,2 % pour les personnes handicapées. S'il faut se réjouir des montants déployés pour soutenir l'autonomie de ces publics, le problème du financement de la branche n'en doit pas moins être résolu.

Vous avez lié la question des accidents du travail et des arrêts maladie à celle des conditions de travail en évoquant le taux d'encadrement, que vous proposez d'améliorer. Cette approche suscite, bien entendu, un vif intérêt au sein de la commission, mais une telle évolution induit des besoins de financement estimés entre 1,3 et 1,9 milliard d'euros. Comment y faire face ?

Enfin, comment envisagez-vous la réforme du mode d'accompagnement des personnes dépendantes, qui inclut le virage domiciliaire, l'habitat inclusif et les Ehpad centres de ressources, sans oublier l'ajout de deux heures de vie sociale prévu dans le PLFSS ? Au-delà des enjeux importants que sont les financements supplémentaires et le taux d'encadrement, pensez-vous qu'il faille s'interroger sur le modèle en lui-même ?

M. Paul Christophe, rapporteur pour la branche famille. Je tiens à vous remercier à mon tour pour la pertinence de vos analyses, qui permettent d'éclairer le Parlement et les citoyens quant à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et, ce faisant, d'alimenter le débat public.

La branche famille connaît en 2022 un excédent légèrement moins élevé qu'en 2021, mais encore important, à hauteur de 2,6 milliards d'euros. L'excédent

de la branche devrait néanmoins diminuer de moitié en 2023 pour s'établir à 1,3 milliard d'euros, en raison du transfert de la part du congé maternité postnatal, pour 2 milliards d'euros, dans un objectif de sincérité comptable, mais aussi de la revalorisation de 50 % de l'allocation de soutien familial. À l'horizon de 2026, l'excédent devrait diminuer davantage encore et s'élever à 700 millions d'euros, du fait de dépenses induites par l'indexation des prestations légales et de la montée en charge de nouvelles mesures – telles que la réforme du CMG et la mise en place du service public de la petite enfance.

Dans ce contexte, je souhaite connaître l'avis de la Cour sur les perspectives de financement de la branche famille et sur l'opportunité de poursuivre le transfert de ses excédents vers d'autres branches pour équilibrer les comptes de la sécurité sociale.

Vous évoquez par ailleurs largement dans votre rapport la question de la pertinence des aides proposées aux familles. Vous soulignez, en particulier, les limites du CMG. Quelle appréciation portez-vous sur la réforme du dispositif prévue dans le PLFSS – je pense notamment à la refonte du barème du CMG emploi direct ? Cette réforme a pour objectif de rapprocher ce barème de celui des crèches et de réduire significativement les freins financiers à l'accueil individuel des enfants des familles aux revenus modestes et/ou ayant des besoins de garde importants.

Enfin, quelles réformes vous semblent prioritaires pour déployer à grande échelle le service public de la petite enfance ?

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour la branche vieillesse. Je voudrais tout d'abord vous remercier pour la qualité de votre travail et de votre intervention, qui, comme toujours, éclairent nos débats.

En tant que rapporteur de la branche vieillesse, j'ai la lourde responsabilité de revenir sur les enjeux financiers de notre système de retraite.

Dans votre développement consacré à la nécessité de restaurer la soutenabilité des systèmes de retraite, vous estimez qu'il faut agir en priorité sur l'âge effectif de la retraite. Pouvez-vous expliquer pourquoi, parmi les critères sur lesquels on peut agir pour garantir cette soutenabilité, le recul de cet âge vous paraît la mesure la plus efficiente ?

Votre rapport propose en outre une réflexion plus globale sur l'amélioration de la lisibilité des comptes sociaux, et vous estimez que la situation actuelle du système de retraite ne permet pas une distinction suffisamment claire entre prestations non contributives – qui devraient être financées par l'impôt – et prestations contributives – qui devraient être financées par les cotisations. Vous proposez l'établissement de deux sections comptables, afin de séparer ces deux catégories, tout en conservant des prestations attribuées à partir de droits non contributifs dans la section relative aux prestations contributives. S'agissant d'une branche qui comporte autant de régimes, dans quelle mesure pensez-vous que l'ajout

de ces deux sections comptables serait de nature à faciliter la lecture et la compréhension du financement des prestations contributives et non contributives de vieillesse ?

Enfin, vous consacrez une partie de votre rapport aux droits familiaux de retraite en incitant à une réforme d'ampleur de ces droits, pour orienter ces dispositifs, principalement favorables aux femmes, vers une majoration de la pension et non de trimestres supplémentaires. Cet objectif n'est-il pas satisfait par le dispositif de surcote ? Les femmes y ont plus facilement accès, dans la mesure où les droits familiaux leur permettent d'atteindre le taux plein.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Annie Vidal (RE). Comme mes collègues, je tiens à vous remercier pour votre présentation liminaire et, plus largement, pour le travail fourni par la Cour des comptes dans le cadre de l'élaboration du RALFSS. Les observations et recommandations, tant sur la trajectoire financière que sur les réformes à conduire, viendront, à n'en pas douter, enrichir les débats que nous entamerons dès la semaine prochaine autour du PLFSS 2023.

Avec un déficit cumulé de près de 65 milliards d'euros en 2020 et en 2021, la trajectoire financière de la sécurité sociale s'est effectivement éloignée du chemin qu'elle empruntait depuis 2010. Il s'agit là d'un point de rupture durable. Ainsi que le relève la Cour, une large part de ces déficits s'explique par le coût des mesures d'urgence sanitaire. Ces mesures nécessaires représentent près de 35 milliards de dépenses exceptionnelles sur deux ans, auxquelles s'ajoutent les revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé en 2021, pour un coût de 9,3 milliards. Ces milliards nous ont permis de préserver la vie des Françaises et des Français et de rémunérer comme il se doit les professionnels de santé, à qui je rends hommage. C'est un choix politique que nous revendiquons pleinement, et nous avons pu constater, dans ce cadre, que la sécurité sociale a pleinement joué son rôle d'amortisseur social et économique.

Si nous étions résolus face à la pandémie, nous sommes désormais résilients. Il nous faudra entamer un retour progressif à des comptes équilibrés car, tout comme la Cour, nous sommes convaincus que les dépenses sociales n'ont pas à peser sur les seules générations futures et qu'elles ont vocation à bénéficier à celles et ceux qui en ont le plus besoin. Nous souscrivons ainsi pleinement aux recommandations du rapport concernant un renforcement de la transparence de l'information, notamment en matière d'imagerie médicale. Vous constaterez donc, monsieur le premier président, le goût de l'équilibre du groupe Renaissance.

Mme Joëlle Mélin (RN). Année après année depuis vingt-sept ans, les rapports de la Cour des comptes en matière de sécurité sociale signalent un dysfonctionnement chronique de la gestion des comptes sociaux, et cela parce que ces comptes ne bénéficient pas du même contrôle et des mêmes modalités de vote

que les budgets de l'État et des collectivités territoriales. La Cour effectue des contrôles aléatoires et parcellaires, débouchant sur des révélations et des recommandations, complétées par un vote parlementaire lui aussi nécessairement parcellaire. La loi organique du 14 mars 2022 n'a pas encore changé les choses.

Cette tendance aboutit, comme vous le constatez fort bien, à une distorsion totale. Celle-ci affecte les équilibres financiers, qui ne reposent plus que pour moitié sur les revenus du travail, le reste dépendant d'une surfiscalisation croissante. Qui plus est, le sens même de la protection sociale et de la solidarité est mis en cause, du fait du remplacement progressif de prestations contributives par des prestations non contributives, facteur d'inégalité devant les fruits du travail. La transparence et la sincérité des comptes sont également affectées, comme en témoignent les dysfonctionnements graves et récurrents relevés par la Cour à chaque rapport – je pense bien entendu au taux de fraude, mais aussi au non-respect des délais de dépôt des comptes par les organismes qui en ont la responsabilité. Le comble est même atteint cette année : pour une raison conjoncturelle, la Cour a refusé de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, ce qui est une première. Quelles qu'en soient les raisons, cela ébranle de fait le socle du PLFSS 2023.

À la lumière de vos travaux et de la loi organique de mars 2022, pensez-vous que l'article liminaire et les articles 1^{er} et 2 du PLFSS soient suffisamment solides pour être recevables ? Compte tenu du fait que vous avez refusé de certifier les comptes des organismes chargés du recouvrement, ainsi que de vos très nombreuses remarques et recommandations, la construction du PLFSS dans sa globalité vous paraît-elle solide ?

Mme Rachel Keke (LFI - NUPES). Vous êtes venu nous présenter les grandes lignes de votre rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale. Or, force est de constater que de nombreuses pistes de financement sont exclues. Ainsi, aucune proposition de taxation des entreprises du CAC40 n'est présentée, alors que celles-ci ont vu leurs profits exploser. De même, aucune mesure n'est présentée pour lutter efficacement contre l'évasion fiscale, qui coûte chaque année « un pognon de dingue », pour reprendre une expression chère à M. Macron.

Alors que vous tirez le signal l'alarme au regard du déficit de la sécurité sociale, le Gouvernement multiplie les mesures antisociales. Il octroie des primes – qui plus est exonérées de cotisations sociales, comme la « prime Macron » – plutôt que d'augmenter significativement le Smic. Il décide d'exonérer de cotisations les heures supplémentaires au lieu de prendre de vraies mesures favorisant l'embauche des jeunes. Il recule l'âge de départ à la retraite, réduit les droits aux indemnités chômage et durcit les conditions pour y avoir accès plutôt que d'instaurer des taxes sur les superprofits, ce qu'ont pourtant fait nos voisins européens. De même, aucun contrôle sérieux n'est prévu s'agissant des aides et subventions versées par l'État aux entreprises ; ces mesures sont accordées sans contrepartie en matière d'emploi.

Ne considérez-vous pas que les alertes que vous lancez deviennent autant de justifications des politiques antisociales qui sont menées ? Pour rappel, en France,

les inégalités se creusent et la pauvreté grandit de jour en jour, privant des millions de personnes d'accès aux soins et de conditions de vie dignes.

M. Yannick Neuder (LR). Serait-il opportun, selon vous, de voter des lois de programmation pluriannuelle du financement de l'assurance maladie ? Le Ségur de la santé a conclu à la nécessité de donner un cadre pluriannuel à l'Ondam ; à nos yeux, cela n'est pas suffisant. Les fédérations les plus représentatives des établissements de santé au niveau national ont signé en février 2020 avec le ministère de la santé un protocole pluriannuel précisant l'évolution de l'ensemble de leurs ressources issues de l'assurance maladie sur une période de trois ans. La Cour des comptes a-t-elle un avis sur la proposition consistant à organiser le financement de la santé à travers une telle loi ? Cela permettrait de reconnaître le caractère hautement stratégique de la santé dans notre pays et de sanctuariser le financement de l'investissement.

Par ailleurs, le PLFSS 2023 rectifie le montant de l'Ondam des établissements de santé afin de couvrir – selon le dossier de presse – 1,5 milliard d'euros liés au relèvement du point d'indice et 800 millions au titre de la compensation des effets de l'inflation. Ces chiffres nous paraissent sous-évalués, pour trois raisons. Premièrement, les estimations par les établissements sanitaires et médico-sociaux du coût réel des effets de l'inflation se situent à un niveau supérieur : 1,1 milliard d'euros pour les établissements sanitaires, 100 millions pour les établissements pour personnes âgées et 100 millions pour les établissements pour personnes handicapées. Deuxièmement, aucun mécanisme de compensation de l'impact du covid n'est prévu, alors même que les dépenses des établissements ont été fortement perturbées du fait de la déprogrammation de nombreux actes chirurgicaux, y compris en début d'année 2022. Troisièmement, les mesures dérogatoires relatives aux ressources humaines – notamment la majoration des indemnités de nuit des personnels médicaux et paramédicaux – ne sont pas compensées.

Quel est donc le regard de la Cour des comptes sur ces prévisions ?

M. Philippe Vigier (Dem). Merci de votre analyse chirurgicale des comptes de la sécurité sociale.

La dette de l'Unedic s'élève à 62 milliards d'euros, dont 19 milliards sont imputables à l'État. Ne croyez-vous pas que l'on doive s'orienter vers un système assurantiel, pris en charge par les partenaires sociaux pour ce qui relève des cotisations et par l'État pour ce qui relève de la solidarité – par exemple à travers la contribution sociale généralisée (CSG) ?

Pensez-vous qu'il soit soutenable de baisser l'âge de la retraite à 60 ans pour tous, avec les difficultés que l'on connaît – les perspectives démographiques, le niveau des petites retraites et la nécessité de garantir une pension à chacun ?

Vous avez parlé de gains d'efficience dans les domaines du médicament et de la biologie. Pensez-vous qu'il faille envisager, dans le cadre d'un nouvel accord interprofessionnel pour le secteur de la santé, pour les professionnels de santé, une sorte d'accréditation qui garantirait une plus grande efficience des soins et un parcours de soins plus sécurisé ?

Vous avez évoqué la possibilité d'assujettir les dividendes des indépendants. Un chiffrage a-t-il été effectué et, si oui, à quelle hauteur se situe-t-il ?

Enfin, j'ai été surpris par l'une des images accompagnant votre présentation. Il y était indiqué qu'une augmentation de 0,66 à 1 du nombre de personnels par résident dans les maisons de santé pour aînés aboutirait à une diminution de 33,2 % de l'absentéisme pour cause d'accident et de maladie professionnelle. Cela se traduirait-il par des économies pour les finances publiques ?

M. Joël Aviragnet (SOC). Après la période de pandémie, qui a vu l'équilibre des comptes de la sécurité sociale tendre dangereusement à la baisse, la situation s'éclaircit. Le déficit qui s'est creusé mettra plusieurs années à se résorber, malgré l'embellie connue depuis 2021. Toutefois, la stratégie gouvernementale présentée dans le PLFSS conduit le pays dans le mur.

Alors que nos concitoyens vivent de plus en plus mal, les services publics se font de plus en plus rares. C'est la double peine pour les plus précaires, à qui profitent le plus les services publics. Or, l'hôpital s'effondre, les déserts médicaux s'amplifient, les retraités ne s'en sortent plus et la gestion de la petite enfance est complètement anarchique. Rajoutons à cela une réforme de l'assurance chômage basée sur un mensonge, et nous obtenons un tableau peu reluisant de l'état de notre système de protection sociale.

Alors que l'inflation galope, le PLFSS n'est à la hauteur pour aucun sujet. Les recettes sont rongées de toute part par le clientélisme électoral et, comme de bons petits soldats du néolibéralisme, vous fermez le robinet des dépenses. Nous ne pouvons pas accepter cela quand 4 000 lits ferment encore à l'hôpital, faute de médecins. Il faut changer de paradigme, augmenter les recettes en mettant à contribution ceux qui profitent des crises, afin de rembourser le déficit et d'investir massivement dans le modèle de protection sociale qui fonde notre pacte républicain.

On sait désormais qui va devoir financer le « quoi qu'il en coûte » : une fois encore, ce seront les travailleurs, les classes moyennes, les retraités et les PME.

Pouvez-vous confirmer que les Ondam, si on les rapporte à l'inflation, seront en baisse ? Pensez-vous qu'une pluriannualisation des lois de financement de la sécurité sociale permettrait une meilleure anticipation des enjeux du futur ?

M. Thomas Mesnier (HOR). Je tiens à vous adresser des remerciements particulièrement appuyés pour la qualité de votre travail, car la modification de la loi

organique – à laquelle je ne suis pas étranger – a fait de cette année une période de transition.

Nous poursuivons le même but que vous : le retour à l'équilibre des comptes pour préserver le modèle social, qui est notre trésor national. Or des incertitudes existent, notamment en ce qui concerne la branche maladie, du fait de la pandémie et du contexte économique. S'agissant en particulier de l'économie, la Cour a-t-elle produit plusieurs prévisions, tenant compte de différents modèles, de manière à nous éclairer dans les choix difficiles que nous avons à faire ? Tout en souhaitant le retour des comptes à l'équilibre, nous devons préserver l'accès à l'innovation en matière de santé pour nos compatriotes.

Vous soulignez la nécessité d'une réforme des retraites. Le groupe Horizons défend lui aussi cette idée.

Je retiens de vos propos trois éléments. Tout d'abord, la clarification des financements de la protection sociale est nécessaire à l'acceptabilité par nos compatriotes de l'impôt et de la charge des cotisations sociales. Le souci de clarification doit d'ailleurs guider nos travaux : il faut légiférer dans ce sens.

Ensuite, il faut réformer la radiothérapie, car le système est source d'inégalités entre les territoires et en matière d'accès à l'innovation. Le financement à l'activité gagnerait à être remplacé par un financement forfaitaire.

Enfin, l'extension des capacités de contrôle de la Cour pourrait faire l'objet d'un amendement. Mon groupe est tout disposé à ce que nous y travaillions ensemble.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Quand vous nous rendez visite, nous sommes toujours un peu inquiets, tout en sachant que nous ne serons pas vraiment surpris par votre discours... Nous connaissons la passion de l'institution que vous dirigez pour le redressement des comptes publics et les économies budgétaires, qui sont d'ailleurs inscrits dans sa nature. Nous connaissons également vos qualités quand il s'agit de nous assurer de la sincérité des budgets : les jeux d'écriture ne vous échappent pas.

Cela dit, j'ai été positivement surpris par vos propos concernant la cotisation AT-MP, la Prépare et la CMG, le poids insupportable de la tarification à l'activité (T2A), la radiothérapie et enfin par votre proposition d'encadrer chaque résident d'Ehpad par une personne et de mieux contrôler les finances de ces établissements. Notre système de protection sociale n'est pas assez protecteur, et cela n'est pas le moindre des problèmes.

Le problème des recettes n'est jamais suffisamment abordé. J'ai retenu votre recommandation 40 sur l'élargissement de l'assiette des cotisations aux dividendes. Elle me paraît toutefois timide : il conviendrait d'aller plus loin. Vous signalez que les cotisations ont diminué de 90 % à 38 % en quarante ans. Cette baisse considérable

souligne un véritable problème touchant à la philosophie même de notre système de financement, qui est injuste.

Je souhaitais enfin vous interroger sur la nécessité d’approfondir la réflexion sur la marchandisation de la santé, qui pourrait représenter une source de ressources supplémentaires pour une vraie protection sociale.

M. le premier président de la Cour des comptes. L’intervention de Mme la rapporteure générale a mis en exergue trois préoccupations majeures. La première concerne la situation financière des comptes sociaux. Nous tenons tous à notre système de sécurité sociale, qui a récemment montré le rôle qu’il jouait dans la cohésion du pays. Cependant, sa capacité à soutenir et à protéger les citoyens à l’avenir dépend de la durabilité de sa solidité financière. Or, les perspectives pour les années 2023 à 2026 indiquées dans le PLFSS sont très incertaines. En 2023, une forte diminution du déficit est prévue. Or, le risque est grand que ces attentes soient déçues. Le Haut Conseil des finances publiques a notamment estimé que la provision pour les tests était très insuffisante et qu’elle dénotait un optimisme excessif.

La Cour des comptes n’a pas procédé à des simulations sur la sensibilité du résultat financier de la sécurité sociale au contexte économique, car elle a pris connaissance du PLFSS il y a quelques jours seulement. Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale a néanmoins rappelé l’impact important d’une forte variation de la croissance de la masse salariale du secteur privé sur le solde des régimes. En effet, 1 point de masse salariale en moins dégrade le solde du régime général et du FSV de 1,25 milliard d’euros.

La rapporteure générale a en outre soulevé la question de la trajectoire de la dette sociale. L’analyse que nous avons menée montre que la Cades pourra reprendre la totalité des déficits du régime général pour les exercices 2022 et 2023. En revanche, la persistance ultérieure du déficit ne laisse pas de place à d’autres solutions qu’un nouvel accroissement de la dette de l’Acoss. Notre analyse prend en compte l’analyse de l’excédent du FSV et des prélèvements de ressources de la Cades au profit de la branche autonomie. Seul le rallongement de la durée de vie de la Cades permettrait à celle-ci, à ressources inchangées, de reprendre le nouveau déficit prévu à compte de 2024, ce qui supposerait une nouvelle autorisation législative.

La dernière question de Mme Rist portait sur l’assurance maladie et sur la capacité d’agir sur la pertinence et la qualité des actes médicaux et des prescriptions. La Cour a mené de nombreux travaux à ce sujet. Les outils de régulation ne manquent pas, mais ils ne sont pas suffisamment utilisés. Il faut accroître la part relative de la rémunération au forfait, tandis que la rémunération prix/volume a fait ses preuves, par exemple pour les actes de biologie. La prévention reste le parent pauvre des politiques de santé. Par ailleurs, la maîtrise médicalisée est l’assurance que le soin est adapté au besoin, prodigué à bon escient et au juste coût ; une enquête sur la question est en cours.

Agir sur la pertinence et la qualité des actes n'est pas simple, mais nous devons envoyer un message dans ce sens aux professionnels de santé, notamment libéraux, qui négocieront prochainement une nouvelle convention avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) : ils doivent participer au double effort collectif d'amélioration de la qualité et de la maîtrise de la dépense publique.

Monsieur Bazin, les dépenses liées aux arrêts de travail ont augmenté de 50 % en dix ans, quand l'Ondam total croissait de 30 %. La priorité est donc de prévenir l'allongement injustifié des arrêts. Qui plus est, les arrêts de longue durée sont aussi les plus pénalisants pour les salariés car ils réduisent leurs chances de reprendre leur activité professionnelle et les éloignent donc du travail. Il est nécessaire de faire des progrès en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. C'est ce qui a poussé la Cour à proposer de rassembler dans une même branche de gestion les prestations en espèces et les AT-MP. Cette recommandation figurait dans un rapport sur les arrêts de travail établi en 2019 par trois experts à la demande du Premier ministre.

En ce qui concerne la médecine du travail, et tout en regrettant que les recommandations précédentes de la Cour n'ont pas été prises en compte par le ministère de la santé et par la Cnam, nous publierons dans les prochains mois un rapport sur la politique publique de prévention des risques professionnels.

Madame Janvier, vous relevez la tendance déficitaire de la branche autonomie. Elle mérite en effet une grande attention. Les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie doivent rester cohérentes avec le déficit démographique et le vieillissement de la population. Cela dit, il y aura lieu de ne pas oublier le ressort de la prévention pour retarder ou atténuer la perte d'autonomie. Si l'espérance de vie s'allonge, la France enregistre de mauvais résultats en matière d'espérance de vie sans incapacité. Un rapport de la Cour sur la prévention de la perte d'autonomie a chiffré à 1,5 milliard d'euros le coût de l'inaction, concluant qu'il était rentable d'investir dans la prévention.

Vous vous interrogez ensuite sur la portée des mesures prévues par le PLFSS en matière d'autonomie. Au-delà des importantes mesures salariales, qui sont de nature à améliorer l'attractivité du secteur, et du financement de nouveaux postes indispensables pour augmenter le taux d'encadrement des personnes accompagnées, une disposition concernant le contrôle des Ehpad, notamment privés lucratifs, a retenu mon attention.

Il s'agit d'un enjeu de premier plan, d'abord pour la sécurité et la qualité de vie de nos concitoyens âgés, mais aussi pour le bon usage des fonds publics. Nous avons expertisé le projet d'article 32 du PLFSS sur le renforcement du pouvoir de contrôle des agences régionales de santé et des conseils départementaux, qui est à l'évidence indispensable.

Il faut néanmoins s'assurer que la rédaction retenue couvre l'ensemble des montages possibles par lesquels les établissements et les services du secteur

médico-social sont contrôlés par des personnes tierces. À cet égard, l'expérience montre que le diable se cache dans les détails. Par exemple, est-on certain que les cas où une superposition de structures associatives et privées commerciales dispose du contrôle, direct ou indirect, ont été pris en compte ?

De plus, il nous apparaît indispensable de compléter le code des juridictions financières pour garantir à la Cour et aux chambres régionales des comptes le pouvoir de contrôler la totalité des ressources des établissements gestionnaires et des groupes auxquels ils appartiennent, y compris celles qui relèvent des tarifs d'hébergement et des suppléments pratiqués à l'endroit des usagers. Notre compétence actuelle n'est pas clairement affirmée, alors même que cette section représente une part majoritaire des ressources. La Cour et les chambres régionales ne peuvent pas non plus contrôler directement les flux gérés directement au niveau des groupes, comme la trésorerie, les ressources humaines ou les achats.

Il est donc nécessaire d'élargir nos compétences, à la fois horizontalement, pour y inclure les flux de recettes venant des usagers, et verticalement, pour y inclure les flux entre les établissements et leur maison mère. Nous avons saisi l'administration de propositions pour améliorer et compléter ce texte. Je compte sur les parlementaires, en particulier sur vous, madame Janvier, pour lever certains obstacles juridiques qui pourraient se poser dans la rédaction envisagée. Mes équipes se tiennent à votre disposition.

Vous m'avez interrogé sur les recommandations pour réduire les risques d'accidents et de maladies professionnelles dans le secteur des établissements et services médico-sociaux. Il faut d'abord prendre en compte le risque dans les établissements du secteur public, qui doit mobiliser la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales avec le concours de la Cnam. L'arsenal des mesures de prévention reste mal identifié et insuffisamment mis en œuvre dans les établissements médico-sociaux. Le renforcement des équipes est enfin nécessaire pour augmenter le taux d'encadrement.

En ce qui concerne la disposition du PLFSS permettant aux allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie de bénéficier à domicile d'un temps d'accompagnement spécifique au lien social pouvant atteindre jusqu'à deux heures par semaine, la Cour porte une appréciation positive sur l'opportunité de cette mesure. Le développement du maintien à domicile est souhaité par la population. Cela peut contribuer à soulager le personnel des établissements. Il faudra toutefois veiller à la santé au travail des intervenants au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap.

Monsieur Christophe, vous abordez la situation financière de la branche famille, qui paraît solide. À l'horizon de 2026, elle resterait légèrement excédentaire, en dépit de charges nouvelles, puisque le PLFSS lui impute 60 % du coût de l'indemnisation du congé maternité – ce qui va dans le sens de nos préconisations.

Vous pourrez lire plus largement dans le rapport nos recommandations relatives à la structure des ressources des différentes branches de la sécurité sociale. S'agissant de la branche famille, il s'agirait ainsi de supprimer les transferts effectués vers la branche vieillesse ; d'ajuster les cotisations patronales qui lui sont affectées aux dépenses effectives visant à concilier vie familiale et professionnelle, et d'équilibrer les ressources de la branche famille par de la TVA et de la CSG, conformément à la logique d'une branche de prestations à caractère universel.

La réforme du CMG prévue par le PLFSS constitue à mes yeux une évolution importante. La Cour avait recommandé de le modifier pour faire en sorte que le reste à charge soit fonction des revenus et non du mode de garde. La disposition permet d'éviter une forme de ségrégation sociale dans l'accueil des jeunes enfants. Cependant, le PLFSS va plus loin que ce que nous proposons pour les familles monoparentales. Sans doute y a-t-il une logique dans le ciblage de ces familles. Toutefois, l'ensemble des dispositions sont coûteuses : elles représentent plus de 600 millions d'euros en année pleine en 2026. J'ai donc regretté que ces mesures ne soient pas accompagnées d'une réforme de l'aide liée au congé parental, afin de rendre les dispositifs plus cohérents et leur réforme concomitante moins coûteuse.

Monsieur Isaac-Sibille, en ce qui concerne les perspectives financières de la branche vieillesse, la Cour des comptes a pris comme vous connaissance des prévisions annexées au PLFSS 2023 il y a quelques jours. Les documents dont nous disposons ne fournissent que peu d'informations. Il est dommage que les nouvelles dispositions organiques conduisent à ce que l'annexe B présente les évolutions de l'ensemble des régimes de retraite : il n'est plus possible d'identifier celles qui sont propres à chaque régime. Les facteurs explicatifs de la dégradation mériteraient d'être explicités plus clairement.

Vous m'avez interrogé sur les solutions préconisées par la Cour pour rétablir durablement l'équilibre du système de retraite. Notre rapport ne porte pas cette année sur la retraite, mais la Cour s'est exprimée très clairement sur le sujet il y a un an dans les notes qu'elle a publiées sur les enjeux structurels auxquels notre pays doit faire face. Par ailleurs, nous avons rappelé notre position dans le rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques délivré en juin.

Notre vision n'a pas varié : nous pensons que la maîtrise de l'évolution des dépenses de retraite est une nécessité. Il y va de la pérennité du système, de sa soutenabilité et de l'équité entre les générations. Les paramètres pour y parvenir sont nombreux : il peut s'agir de l'âge d'ouverture des droits à la retraite, des conditions d'âge pour une retraite à taux plein, des mécanismes de décote et de surcote, des règles de calcul des pensions, ou encore de l'indexation des pensions versées.

Le choix, en la matière, est à la fois technique et politique. Si notre rôle n'est pas d'intervenir dans le politique, disons les choses clairement : la maîtrise des dépenses de retraite se traduira soit par un âge de départ à la retraite plus tardif soit par une baisse du niveau relatif des pensions. Or, ne pas choisir l'un revient à choisir

l'autre, et nous pensons que la baisse du niveau des pensions est la plus mauvaise des deux solutions.

En outre, les mesures doivent prendre en compte des considérations tenant à l'équité entre les générations et au sein de chaque génération. L'analyse précise des impacts est nécessaire pour préserver la situation des personnes vulnérables sur le plan économique et social.

Enfin, quelle que soit la réforme engagée, qu'elle soit paramétrique ou plus profonde, nous avons insisté sur la nécessité d'une expertise renforcée pour en faire partager les enjeux, d'une concertation approfondie pour faire comprendre les objectifs et d'un calendrier de mise en œuvre suffisamment espacé pour en faciliter l'acceptation et permettre les adaptations nécessaires dans les entreprises.

S'agissant de nos recommandations visant à clarifier le financement des droits de retraite non contributifs, l'objectif doit être, selon nous, d'améliorer la lisibilité des comptes pour mieux apprécier le coût pour la collectivité des mécanismes de solidarité.

Enfin, vous m'avez interrogé à propos des droits familiaux de retraite. La surcote n'est pas un dispositif destiné à compenser au moment de la retraite les pertes de salaire liées à l'éducation des enfants : il vise à inciter les gens à prolonger leur activité. Une mère qui part à la retraite à l'âge légal d'ouverture des droits ne bénéficie pas de la surcote, mais elle pourrait bénéficier d'une majoration de pension au titre des moindres salaires et de l'éducation de ses enfants. Nous proposons de ne plus accorder le bénéfice de l'assurance vieillesse des parents au foyer dès lors que l'enfant est âgé de 3 ans.

Madame Vidal, la Cour est attachée comme vous à la transparence des comptes.

Madame Keke, il ne me revient pas de me prononcer sur telle ou telle mesure fiscale. Le débat est ouvert ; c'est au Parlement de le mener. Ce n'est pas parce que l'on se préoccupe des recettes et de la fraude fiscale et sociale – la Cour a d'ailleurs mené de nombreux travaux sur ces enjeux – que l'on peut faire l'impasse sur la maîtrise de la dépense. Considérer que les recettes, les prélèvements et la lutte contre la fraude suffiraient seuls à éviter la dérive des comptes relève d'une forme de pensée magique. La dette est un facteur d'injustice considérable : un pays qui s'endette ne peut pas investir. Tout euro consacré au remboursement de la dette n'est pas dépensé à la protection sociale, à la sécurité ou à la justice. C'est la conviction profonde de la Cour, et chacun, ici, devrait la partager.

Madame Mélin, le rôle de la Cour n'est pas d'estimer si tel ou tel article est solide et recevable. Je ne crois pas, pour ma part, au gouvernement des juges. La solidité est une notion qui dépend de l'appréciation des uns et des autres. La sincérité, quant à elle, n'est pas en cause. Je ne puis que réitérer mes propos liminaires : nous pensons que l'hypothèse concernant les dépenses de maladie est optimiste et n'est

pas, à ce stade, suffisamment étayée, ce que le Haut Conseil des finances publiques a également clairement souligné. La perspective d'une réduction des dépenses liées à la crise sanitaire à 1 milliard d'euros et d'une division des dépenses de tests par vingt n'est pas tout à fait crédible.

Monsieur Neuder, monsieur Aviragnet, nous sommes favorables à l'établissement de trajectoires permettant d'étayer le redressement nécessaire. À ce titre, une perspective pluriannuelle paraît souhaitable.

Monsieur Mesnier, je vous remercie de votre rôle passé, qui a permis d'améliorer les choses. La clarification du financement de la sécurité sociale est nécessaire : il y va de l'avenir du système. Nous appelons en effet de nos vœux la réforme du financement de la radiothérapie. Quant à l'extension du pouvoir de contrôle des juridictions financières aux établissements sociaux et médico-sociaux, il s'agit d'une évolution que nous souhaitons et qui serait conforme à l'intérêt général.

Monsieur Vigier, les gérants des sociétés à responsabilité limitée voient leurs dividendes soumis aux cotisations sociales, pas les présidents de sociétés par actions simplifiées. Nous prônons un alignement des règles pour éviter les effets d'aubaine.

Monsieur Dharréville, nous ne nous connaissons pas assez, sinon vous sauriez que j'ai depuis longtemps, sur les questions que vous avez abordées, une pensée constante. Votre bonne surprise est peut-être liée à une percée encore plus décisive de notre rapport de cette année – car la Cour elle aussi est très constante. Vous avez souligné la nécessité de sensibiliser les établissements médico-sociaux aux risques d'accidents du travail pour les taux de cotisation AT-MP. Nous sommes en accord sur ce point, de même que sur le renforcement du taux d'encadrement dans les Ehpad. Quand des dépenses publiques sont utiles et même nécessaires, nous le disons. C'est le cas dans les Ehpad. Les récents scandales ne peuvent demeurer sans suite.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Didier Martin (RE). Les députés de notre majorité ont établi le principe de prévention dans les services de médecine du travail en faisant adopter une loi qui protège davantage la santé des travailleurs.

Lorsqu'elles sont bonnes, les conditions de travail déterminent la qualité de vie au travail. Lorsqu'elles ne le sont pas, elles peuvent dégrader la santé des salariés. Ainsi les arrêts liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont-ils le reflet d'une sinistralité au travail qui varie beaucoup d'une branche professionnelle à l'autre. Les risques sont connus : fatigue, pénibilité, troubles musculo-squelettiques, ou encore risques psychosociaux. À quelles préconisations votre contrôle sur l'impact financier de ces arrêts de travail vous a-t-il conduits, en particulier s'agissant des établissements et services médico-sociaux ? Notre

commission a étudié de près cette catégorie d'établissements dans le cadre d'une mission « flash » sur les conditions de travail et la gestion des ressources humaines dans les Ehpad.

Mme Karen Erodi (LFI - NUPES). Pandora Papers, Panama Papers, OpenLux : de multiples scandales d'évasion fiscale surgissent à intervalles réguliers dans l'actualité. Cette évasion fiscale coûte chaque année 17 milliards d'euros à l'État – donc à nos concitoyens –, alors que cette somme pourrait abonder l'assurance maladie et être investie dans nos hôpitaux. L'argent ne manque pas, mais encore faut-il avoir le courage politique d'aller le chercher. La Cour des comptes va-t-elle préconiser des mécanismes de lutte contre le phénomène massif que constitue l'évasion fiscale ?

M. Frédéric Valletoux (HOR). Vous avez insisté sur la qualité de la dépense publique. À cet égard, je voudrais vous interroger sur la pertinence des actes. L'Organisation de coopération et de développement économiques a souligné dans un rapport que les dépenses indues ou inutiles représentaient 20 % des dépenses de notre système de santé. Le Président de la République a lui-même évoqué en septembre un pourcentage de 30 %. À partir de la radiologie et la radiothérapie, vous mettez en avant l'importance de valoriser les actes pertinents par rapport aux actes de confort ou lucratifs. Les pouvoirs publics demandent un effort à certains acteurs, parfois ponctuellement. J'appelle de mes vœux une véritable stratégie de fond.

Reprenez-vous à votre compte le pourcentage de 30 % d'actes inutiles ou indus dans notre système de santé ? Quels sont les leviers sur lesquels il faudrait agir pour faire de la pertinence la valeur cardinale de la régulation des dépenses de santé ? Au-delà de la radiologie et de la radiothérapie, quelles sont vos recommandations afin de renforcer la régulation par la pertinence des dépenses de l'assurance maladie ?

Mme Farida Amrani (LFI - NUPES). Comme chaque année, la Cour des comptes et le Haut Conseil des finances publiques tirent la sonnette d'alarme : alerte générale sur la situation des finances de l'État, nécessité apparente de réformer notre système de retraite, leçon annuelle de rigueur et plaidoyer pour l'austérité budgétaire. Il est vrai que vous avez pour principale mission de vous assurer de la bonne utilisation de l'argent public. Dans cette perspective, pourriez-vous préconiser au Gouvernement d'imiter nos voisins espagnols, italiens ou anglais et de mettre en place une taxe exceptionnelle sur les surprofits, qui permettrait notamment de financer la solidarité nationale, c'est-à-dire l'hôpital public, le système éducatif pour nos enfants et les Ehpad pour nos aînés ?

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). En 2018, le Gouvernement souhaitait constituer une agence unique de recouvrement fiscal et social. En vue de l'institution d'un système universel de retraites, le rapport Gardette préconisait en 2019 de poursuivre l'unification du recouvrement social selon un calendrier courant de 2020 à 2024.

Sur cette base, l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2020 a prévu le transfert du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires des salariés du secteur privé, actuellement assurés par l'Agirc-Arrco, par les Urssaf. Ce transfert, recommandé par la Cour des comptes depuis plusieurs années, était fixé au 1^{er} janvier 2022. Il a été reporté par décret et est attendu le 1^{er} janvier 2023. Un rapport d'information du Sénat, publié le 21 juin 2022, réalisé par René-Paul Savary et Cathy Apourceau-Poly au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) et de la commission des affaires sociales souligne les divergences de pratiques en matière de fiabilisation des données individuelles de la déclaration sociale nominative. Ses auteurs suggèrent que la Cour des comptes constate les progrès qualitatifs des dispositifs de fiabilisation des Urssaf.

La sécurisation des droits à la retraite complémentaire des 20 millions d'affiliés à ce régime est en question. Cette évaluation est nécessaire, ce qui invite à mon sens un report tout au moins à 2024 de la mise en œuvre du transfert, comme le préconisent les auteurs du rapport. Quel regard portez-vous sur un tel report ? Souhaitez-vous engager la Cour des comptes dans un travail d'évaluation et de comptabilité des dispositifs de fiabilisation des Urssaf ?

M. François Ruffin (LFI - NUPES). J'ai été très intéressé par votre étude montrant que davantage d'accidents ont lieu dans les Ehpad lorsqu'il y a peu de personnel, et concluant qu'embaucher produit des économies. J'aimerais disposer de la même étude pour les salariés à domicile.

Cette approche permet de passer d'une vision de court terme à une vision de plus long terme. Dans la première, croyant faire des économies en embauchant peu de salariés, on désorganise en fait des secteurs entiers de la société et on tue des vocations, dans le public comme dans le privé. Ces constats sont particulièrement valables à l'hôpital, où les infirmières ne restent pas en poste, dans l'éducation nationale où les enseignants rêvent à d'autres métiers, mais aussi dans le privé – certains caristes, entrés par vocation dans la logistique, sont rapidement dégoûtés de leur profession.

Plusieurs études vont dans ce sens. L'une d'entre elles, menée en Australie et parue dans *The Lancet*, montre qu'à l'hôpital, un ratio d'une infirmière pour quatre patients au lieu d'une infirmière pour six permet d'éviter 145 décès, 255 réadmissions et 22 222 jours d'hospitalisation. Ainsi, ces embauches ont permis une économie de 36 millions d'euros. Dans l'éducation, le projet Perry Preschool, qui comparait aux États-Unis les effets d'un investissement fort sur des enfants issus de quartiers populaires par rapport à un faible investissement social, montrait les bénéfices apportés par le premier sur les trajectoires éducatives, sociales et professionnelles des élèves.

Ces constats ne devraient-ils pas faire évoluer votre institution, ainsi que le regard porté en général sur le travail, qui apparaît comme un coût à réduire ? Il faudrait sortir des visions de court terme et considérer le travail, en particulier dans les secteurs que j'ai mentionnés, comme un investissement humain qui rapporte.

Mme Laure Lavalette (RN). Dans le cadre de la Paje et de la Prepare, 2 millions de familles ont bénéficié d'au moins une aide dédiée à l'accueil du jeune enfant en 2021, pour un coût de 10,8 milliards d'euros. La Paje représente un tiers du montant des prestations familiales servies par la branche famille et un tiers de l'effort consenti par l'État, la sécurité sociale et les collectivités locales en faveur de l'accueil du jeune enfant.

La dépense globale au titre de la Paje s'est fortement réduite depuis 2014, sous l'effet de la baisse du nombre de naissances. On recense en effet 80 000 naissances en moins entre 2014 et 2021, soit une baisse de 10 %, en raison des mesures hostiles aux familles prises durant cette période, du resserrement des conditions d'octroi et d'une désaffection croissante à l'égard de la Prepare. Les congés parentaux ont été divisés par deux – les congés paternels, en particulier, ont beaucoup diminué.

La baisse continue du nombre de naissances puis l'échec de la réforme du congé parental nous rappellent que la démographie est l'une des composantes évidentes de la croissance économique. Le résultat de cette baisse de la natalité est la production d'excédents, dont les gouvernements successifs profitent cyniquement pour procéder à des transferts vers les autres branches.

Le rapport de la Cour souligne la nécessité de rééquilibrer les aides à l'accueil des jeunes enfants en faveur des familles modestes et de réformer la Prepare, qui n'a pas atteint les objectifs fixés à sa création, à savoir le libre partage entre père et mère des périodes de congé parental indemnisé. La Cour suggère donc une refonte, à coût constant pour la branche famille, de l'indemnisation de la suspension d'activité pour augmenter le niveau d'indemnisation pendant une durée plus courte.

Outre ces mesures correctives, la Cour ne devrait-elle pas encourager des mesures énergiques en matière de politique familiale, afin de rendre confiance aux ménages et de favoriser à nouveau l'accueil de l'enfant pour relancer la natalité, ce qui aurait un impact positif à long terme sur l'équilibre des comptes sociaux, en particulier de la branche vieillesse ?

Mme Monique Iborra (RE). Au-delà de vos nombreuses préconisations concernant l'imagerie et la radiothérapie, vous appelez notre attention sur la question des accidents du travail. Vous insistez en effet sur une sinistralité hors norme dans les établissements médico-sociaux, notamment les Ehpad. Dès 2017, je signalais ce fait dans un rapport écrit avec Caroline Fiat en conclusion d'une mission d'information.

Le rôle de la Cour des comptes est-il de prévoir des dépenses ? Ne pensez-vous pas cependant qu'il serait utile de définir un ratio minimum, que j'avais déjà préconisé dans le rapport de 2017, concernant notamment les infirmières et les aides-soignantes – tout en sachant que, compte tenu des difficultés de recrutement dans le secteur, il serait quasiment impossible de pourvoir rapidement tous les postes ?

M. Élie Califer (SOC). Nous avons connaissance des points d'alerte sur les retraites que souligne votre rapport. J'aimerais connaître votre point de vue sur l'accidentologie au travail, compte tenu du retard accusé par notre pays en matière de prévention. Je souhaiterais également vous entendre sur la reconnaissance des maladies professionnelles psychiques, qui ont un lourd impact sur l'absentéisme au travail. Comment concilier finance et humain ?

M. Victor Catteau (RN). Chaque année, c'est la même chose : la hausse des dépenses est systématiquement sous-estimée, et lorsque le Gouvernement indique que la situation est intenable et que les dépenses de santé dérapent, cela n'étonne plus personne. Les Français subissent le déremboursement des médicaments, les franchises pour chaque consultation et boîte de médicaments, la hausse du forfait hospitalier, la diminution du taux de remboursement et les effets de la T2A. La construction artificielle du déficit permet ainsi de justifier les efforts demandés aux patients et aux médecins.

Traditionnellement, l'opposition proteste contre les modalités du plan d'économies du Gouvernement, sans toutefois remettre en cause sa nécessité. Le Rassemblement National n'est pas une opposition comme les autres. Notre groupe politique ne se résout pas à critiquer le Gouvernement pour avoir laissé filer les dépenses de santé. Au contraire, nous nous engageons à critiquer les sous-financements systématiques des dépenses de santé et nous mettons en cause le bien-fondé des mesures d'économie projetées par le Gouvernement.

Comment expliquez-vous la sous-estimation systématique de la hausse des dépenses ? Quelles pistes suggérez-vous pour sortir de la trajectoire infernale qui se dessine au mépris des patients et des soignants ?

M. Freddy Sertin (RE). Vous consacrez une partie importante de votre rapport à l'analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes et à une évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires. Je tiens à vous interpeller sur le défaut de paiement des cotisations sociales d'un grand nombre de centres hospitaliers normands. Comment analysez-vous cette situation et quelles sont vos préconisations ?

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Comme Thierry Benoit, je souhaite vous interpeller sur le cumul de vos retraites et de vos indemnités, représentant 14 500 euros de rétributions, 2 700 euros de retraite de député, 600 euros de retraite de député européen et 8 500 euros liés à votre ancien mandat au sein de la Commission européenne, soit un total de 26 300 euros par mois, ce qui équivaut à quatorze fois le salaire médian, lequel s'élève à 1 790 euros mensuels...

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur Mathieu, je vous interromps : ces remarques ne concernent pas le rapport de la Cour des comptes.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Contrairement à ce que vous laissez entendre, nous ne sommes pas viscéralement opposés au contrôle des comptes de la sécurité sociale. À l'inverse, nous sommes souvent porteurs de propositions concrètes dans ce domaine.

Des chercheurs cubains ont présenté en 2011 le médicament Heberprot-P, un traitement unique au monde permettant de traiter l'ulcère au pied diabétique. Ce médicament a été enregistré dans plus de vingt pays et a été utilisé par près de 280 000 patients dans une trentaine de pays. Il a démontré sa grande efficacité et pourrait venir en aide à toutes les personnes souffrant de graves complications liées au diabète, notamment dans les zones très touchées par cette maladie comme l'outre-mer, dont les collectivités ont été empoisonnées par des taux de sucre toujours plus importants sous le regard souvent laxiste de l'État. Or, ce traitement n'est toujours pas utilisé en France, bien qu'il ait été conçu à quelques kilomètres de nos territoires caribéens. Les amputations y sont toujours pratiquées massivement, alors qu'elles coûtent bien plus cher à la sécurité sociale qu'un traitement préventif et curatif. Comment faire en sorte que ce médicament soit autorisé et utilisé, notamment dans les territoires d'outre-mer ?

M. le premier président de la Cour des comptes. Je me concentrerai sur les questions ayant trait au rapport que je vous présentais. Ainsi, les deux dernières, d'un intérêt et d'une vérité d'ailleurs inégaux, de mon point de vue, n'entrent pas dans ce champ.

Monsieur Martin, les arrêts de travail de moins d'une semaine sont certes les plus fréquents, puisqu'ils comptent pour 44 % de l'ensemble, mais ils ne représentent que 4 % de la dépense indemnisée par l'assurance maladie. En revanche, ils sont particulièrement perturbants pour le fonctionnement des entreprises. Au contraire, les arrêts de plus de six mois ne concernent que 7 % des arrêts, mais 44 % de la dépense totale. Par ailleurs, l'indemnisation des arrêts de travail a progressé de 50 % – hors arrêts liés au covid – sur dix ans, contre 30 % pour l'Ondam total.

Ces chiffres montrent que la gestion du risque en matière d'arrêts de travail par l'assurance maladie n'est pas efficace et qu'elle doit s'améliorer. C'est la raison pour laquelle nous proposons de réorganiser cette gestion autour d'une branche spécialisée dans le domaine des prestations en espèces. De plus, même s'ils ont peu d'impact pour l'assurance maladie, les arrêts courts doivent être davantage contrôlés par le service médical d'assurance maladie. En ce qui concerne plus spécialement les établissements médico-sociaux et les Ehpad, je vous renvoie à mes explications précédentes.

Monsieur Valletoux, les travaux de la Cour examinent de manière systématique la question de la pertinence des soins. Je n'ai pas de données précises sur les éléments que vous avez évoqués.

Madame Erodi, la Cour est très sensible à la question de l'évasion fiscale. Cependant, lutter contre la fraude et l'évasion ne peut nous exonérer de notre

responsabilité d’agir pour une dépense publique de plus grande qualité. Ces deux enjeux ne s’excluent pas mutuellement.

Madame Amrani, je pense comme vous qu’il faut investir là où c’est utile. Il faut par conséquent éviter la spirale de l’endettement, afin de conserver notre capacité à investir. Je ne pense pas que notre dette ne soit pas soutenable ou pas finançable. Cependant, l’augmentation de sa charge est la dépense la plus insensée qui soit.

Madame Dubré-Chirat, la Cour a préconisé en 2016 le transfert que vous évoquez. Il faut notamment que l’assiette déclarée par les employeurs au titre des cotisations Agirc-Arrco soit contrôlée, ce qui n’est pas le cas. La LFSS 2020 a prévu ce transfert pour 2022. Il a été reporté à 2023. Le ministre délégué chargé des comptes publics a depuis peu confirmé ce transfert, qui s’effectuera de manière progressive en plusieurs vagues d’entreprises. Au terme de ce transfert, l’exactitude du calcul des points de retraite complémentaire sera garantie par des contrôles automatisés des données déclarées par les employeurs. L’Agirc-Arrco et les Urssaf devront s’organiser à cet effet, pour vérifier à la fois l’assiette et le calcul des cotisations.

Monsieur Ruffin, je vous remercie de prendre acte de l’évolution de la Cour. Il arrive en effet que des dépenses supplémentaires soient justifiées. Nous pensons comme vous qu’un taux d’encadrement plus élevé permettrait de réduire les risques et de réaliser des économies. Je vous invite à consulter le rapport remis à la commission des affaires sociales du Sénat, qui appelait à des investissements et des dépenses supplémentaires pour les Ehpad. Cependant, vous ne pouvez à la fois vous féliciter d’une évolution et l’appeler de vos vœux.

La Cour inscrit ses travaux dans le long terme. Loin de prôner l’austérité envers et contre tout, elle s’assure que nos finances publiques soient saines et que la dépense publique soit maîtrisée. Tous nos travaux insistent sur la nécessité d’investir davantage, dans les domaines de la transition écologique et numérique, de l’innovation, de la recherche ou encore de la justice sociale. Or, pour réaliser ces investissements, il est nécessaire de se désendetter. Cela suppose d’œuvrer à la qualité de la dépense. Les dépenses qui ne sont pas utiles doivent être limitées ; chaque personne intervenant dans le débat public devrait en être consciente.

Madame Lavalette, le rôle de la Cour n’est pas de préconiser une évolution de la politique familiale. En revanche, la Cour examine la manière dont sont conduites les politiques de prestations d’accueil du jeune enfant. Nous recommandons à coûts constants de refondre le dispositif en augmentant le niveau d’indemnisation et en réduisant sa durée.

Madame Iborra, je prends acte de votre proposition. Nous préconisons en effet de dégager des marges de manœuvre pour recruter des infirmières et des aides-soignantes dans les Ehpad.

Monsieur Califer, votre question est très vaste, quasiment d'ordre philosophique. Un dispositif permet de reconnaître comme maladies professionnelles les maladies psychiques. La priorité reste la prévention.

Monsieur Catteau, la Cour estime optimistes les prévisions sous-jacentes au PLFSS. Cela ne signifie pas que les dépenses sont sous-évaluées. Il ne faut pas confondre volontarisme et volonté de surestimer ou de sous-estimer. C'est la raison pour laquelle je me méfie toujours des appréciations sur la sincérité, qui sous-entendent une volonté de nuire ou de déformer. Par ailleurs, il ne me revient pas de commenter votre position. En revanche, je ne considère pas que toute dépense soit vertueuse. La maîtrise de la dépense doit être un capital partagé. Toutes les formations politiques présentes prétendent exercer des responsabilités gouvernementales. Or, pour mener de bonnes politiques publiques, il est nécessaire de s'appuyer sur des finances saines.

Le RALFSS de 2023 contiendra un chapitre sur la situation financière des hôpitaux. Nos équipes se tiendront à votre disposition pour vous présenter un rapport au mois de juin, complémentaire à celui-ci et, je le crois, de la même qualité.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur le premier président, merci pour la qualité de votre rapport et des réponses que vous avez apportées. Je remercie vos équipes pour leur travail, qui nourrit notre réflexion en amont du PLFSS.

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

1. Réunion du lundi 10 octobre 2022 à 17 heures (article liminaire à après l'article 5)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12253089_634430233f2d8.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-n-10-octobre-2022

Mme Michèle Peyron, présidente. Mes chers collègues, nous sommes réunis pour examiner les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Mme la présidente Fadila Khattabi vous prie d'excuser son absence. Nous la retrouverons ce soir dès son retour d'Alger, où elle a accompagné Mme la Première ministre pour sa première visite officielle.

Avant de commencer l'examen des articles du projet de loi, je vous informe que 1 640 amendements ont été déposés, 35 ont été retirés par leurs auteurs, 34 étaient des doublons, 15 étaient de nature réglementaire, 9 constituaient des injonctions au Gouvernement, prohibées par l'article 20 de la Constitution, et 5 présentaient d'autres motifs d'irrecevabilité.

Sur les 1 542 amendements restants, le président de la commission des finances a considéré que 457 étaient irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution, 354 au titre de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et 2 au titre de la loi organique relative aux lois de finances.

D'autre part, la présidente Fadila Khattabi, conformément aux décisions déjà prises dans le passé, par elle-même ou la présidente de l'Assemblée nationale, a déclaré irrecevables 14 amendements au titre de l'article 40 de la Constitution et 3 au titre de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Il nous reste donc 712 amendements à examiner.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'écémage des amendements déposés par les groupes est vertigineux ! Notre discussion s'en trouvera appauvrie, ce qui est bien regrettable car nous sortons d'une crise sanitaire et nous aurions eu besoin de débattre des mesures que vous nous proposez pour relever des enjeux tous plus importants les uns que les autres. Comment êtes-vous parvenus à passer de 1 640 amendements à 712 ? Plus de la moitié auront été déclarés irrecevables, ce qui est inédit. J'en examinerai de près les raisons car, pour bon nombre des miens, ce rejet me semble discutable.

Mme Michèle Peyron, présidente. De nombreux amendements ont été déclarés irrecevables par le président de la commission des finances de l'Assemblée nationale.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis également surpris par le résultat. Le président de la commission des finances a eu la main très lourde et nous regarderons de près, nous aussi, les raisons qui ont pu motiver cette décision. Le débat en sortira appauvri. Compte tenu du contexte politique, ce n'est pas ainsi que vous apaiserez les esprits ! C'est regrettable. Le pouvoir du Parlement, c'est d'amender. Tout le monde connaît les articles que vous avez cités mais leur appréciation peut être restrictive. Nous vous demanderons sans doute de vous en expliquer, dans un souci de transparence. Il vaut mieux que les choses soient claires.

M. Thibault Bazin (LR). Je m'étonne à mon tour du nombre très élevé d'amendements déclarés irrecevables. Nous avons reçu une formation, il y a quelques semaines, pour nous aider à rédiger nos amendements et éviter qu'ils ne soient déclarés irrecevables. Nous avons ainsi appris qu'il suffisait qu'un amendement prévoie une expérimentation à partir de mesures votées dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale pour qu'il soit déclaré irrecevable. C'est regrettable. Notre groupe n'avait déposé que quelques amendements : tous ont été déclarés irrecevables. Nous ne pourrions donc pas vous faire connaître nos attentes.

Mme Joëlle Mélin (RN). La part d'amendements irrecevables est considérable, ce qui pose deux problèmes, l'un de forme l'autre de fond. Tout d'abord, cette proportion révèle que nous avons été nombreux à nous trouver en décalage par rapport à ce que l'on attendait de nous mais, là encore, il y a matière à interprétation et nous sommes curieux de savoir pour quelles raisons ces amendements n'ont pas été retenus.

Ensuite, nous sommes amenés à examiner un texte dont on sait qu'il ne repose sur aucune base chiffrée solide. Comment voter le budget de la sécurité sociale alors que les recettes de l'an dernier n'ont pas été certifiées ? Nous avançons dans le flou budgétaire et financier le plus complet !

M. Jérôme Guedj (SOC). Bravo : vous avez d'emblée réussi à faire l'unanimité contre vous ! Les parlementaires se sentent frustrés de ne pas pouvoir exercer leur mission originelle. Le problème n'est pas juridique mais politique. Nous sommes, pour la plupart d'entre nous, des parlementaires expérimentés. Beaucoup d'amendements jugés recevables l'an dernier ont servi de base à ceux que vous refusez à présent. Cette entrée en matière est troublante – c'est un euphémisme. Surtout, nous voulions sincèrement participer à cette fameuse coproduction dont on nous loue les vertus, semaine après semaine, depuis le début de la législature. Imaginez notre émoi lorsque nous avons découvert avec quelle brutalité la serpe avait été maniée. Je voudrais en connaître les raisons.

Mme Michèle Peyron, présidente. Je transmettrai les messages à la présidente de la commission. Sachez que demain se réunira la Conférence des présidents.

M. Thomas Mesnier (HOR). S'il y a problème politique, c'est au sein de la NUPES qu'il faut le résoudre. La grande majorité des amendements ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution par le président Coquerel.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Nouvelle législature, nouvelle méthode, mais peu d'amendements recevables : je m'associe aux propos de mes collègues.

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023

Amendement de suppression ASI278 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet article liminaire vise à suivre les dispositions de l'article 1^{er} de la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Or, il serait impensable d'inscrire dans un texte qui prévoit le budget national, des dispositions qui relèvent de la comptabilité privée. Qui cette présentation est-elle censée rassurer ? S'agit-il des banques, qui ont acheté la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) ou les futurs investisseurs privés qui devront, un jour ou l'autre, prendre part au financement de notre système de santé comme ils l'ont déjà fait pour les cliniques privées ou les Ehpad ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Vous vous insurgez contre cette présentation des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations de sécurité sociale. Pourtant, cet article prévoit d'informer le Parlement sur un champ plus large que celui des lois de financement, à savoir les régimes complémentaires légalement obligatoires ou les établissements de santé. Ce n'est pas anormal compte tenu de la place que prennent ces régimes pour l'ensemble des citoyens que nous représentons.

Cet article, déjà présent dans les lois de financement de la sécurité sociale rectificatives, l'est également depuis longtemps dans les lois de finances. Finalement, seule la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année ne mentionnait pas les comptes des administrations de la sécurité sociale, ce qui était paradoxal. La présentation des soldes dans cet article liminaire vise à compléter le tableau de la situation de nos comptes sociaux.

Avis défavorable

M. Thibault Bazin (LR). Je suis surpris que l'on veuille supprimer cet article liminaire, qui représente une avancée en nous permettant enfin d'avoir une vue d'ensemble de l'évolution des comptes des administrations de la sécurité sociale. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, que nous avons adoptée l'an dernier à l'initiative de M. Thomas Mesnier, est une avancée. Ce

ne sont pas les banques qui en tireront les bénéfices mais la représentation nationale ! Nous pourrions même y voir une obligation du Gouvernement à l'égard de notre Assemblée.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je ne sais pas ce que le Rassemblement national fournit aux banques russes qui le financent mais, en l'espèce, cet article tend à nous donner une image sincère et honnête du budget et non à rassurer les banques.

Mme Annie Vidal (RE). Nous avons adopté à une large majorité l'an dernier cette proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale car elle répondait aux attentes des parlementaires en leur offrant une plus grande visibilité. Cet article liminaire n'est pas destiné à rassurer les banques ou attirer un groupe privé qui prendrait les rênes de la sécurité sociale.

Mme Joëlle Mélin (RN). Si nous voulons élever le débat, évitons d'accorder du crédit à des rumeurs et de tenir des propos indignes de notre commission.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous ne voterons pas l'amendement de suppression car nous souhaitons avoir une vision d'ensemble de l'équilibre des comptes de la protection sociale, ne serait-ce que pour prouver aux catastrophistes que le budget est à l'équilibre et loin d'être fragilisé.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous ne voterons pas cet amendement car, enfin, grâce à cette loi organique, la transparence est faite sur la part des recettes et des dépenses. Lorsque nous progressons, ne nous faites pas reculer ! Sinon, l'obscurantisme arrivera.

La commission rejette l'amendement.

*Puis elle adopte l'article liminaire **non modifié**.*

La réunion, suspendue à dix-sept heure vingt, est reprise à dix-sept heures quarante.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021

Amendement de suppression ASI352 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). La Cour des comptes, dans son rapport de mai dernier, puis dans celui du 4 octobre, met en cause la sincérité des chiffres présentés dans ce tableau. Il apparaît tout d'abord que, sous l'effet des modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs

indépendants, les montants intégrés en 2021 aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base ne fournissent pas une image fidèle des montants de produits et de solde. Ensuite, des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2021 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole et du Fonds de solidarité vieillesse pour ce même exercice.

Cette mise en cause sur un point aussi majeur, ce refus de la Cour des comptes de certifier le recouvrement des cotisations, en introduisant une faiblesse majeure dans la présentation des comptes, nous interdisent d'approuver ce rapport.

En l'absence de certification par la Cour des comptes, nous vous proposons de supprimer cet article.

Mme la rapporteure générale. J'ai assisté, tout comme vous, à l'audition du premier président de la Cour et j'ai pris en compte les éclaircissements de l'Acoss. Je déplore moi aussi ce refus, qui s'explique par une interprétation différente de la norme comptable à appliquer aux cotisations des travailleurs indépendants pour les années 2020 et 2021.

Cependant, la différence d'imputation concerne les exercices 2020 et 2021 et donc la transition d'un exercice à l'autre, plus que les résultats 2021 proprement dits.

Surtout, la Cour considère que les tableaux d'équilibre offrent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). La certification avec réserve des comptes des cinq branches et le refus de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour l'année 2021 doivent nous alerter. Pour autant, ce serait une erreur de supprimer cet article dont nous aurons besoin. Mieux vaut voter contre, pour tenir compte de l'avertissement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS804 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement de repli tend à ce qu'en l'absence de certification par la Cour des comptes des comptes de l'activité de recouvrement et du fait des réserves émises pour les comptes des quatre branches, le terme « approuvés » soit remplacé par celui de « présentés ».

Mme la rapporteure générale. Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Il y a cinq branches et non quatre et c'est la première fois que la Cour des comptes examine la cinquième.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1628 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. L'amendement tend à rétablir la mention des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2021. La pente du tableau d'équilibre est corrélée à celle des régimes obligatoires de base, dont le déficit s'établit à 24,4 milliards d'euros pour 2021, ce qui représente une amélioration de 14 milliards par rapport à l'année précédente, du fait de la hausse des recettes dont il bénéficie.

M. Thibault Bazin (LR). C'est très bien de corriger le Gouvernement ainsi !

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 1^{er} modifié.

Article 2

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

Amendement de suppression AS1314 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Pour les mêmes raisons, nous demandons la suppression de l'article.

Mme la rapporteure générale. Si la Cour des comptes a relevé la fiabilité variable de l'annexe A, elle a aussi estimé qu'il n'en offrait pas moins une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2021.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS805 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement de repli vise à substituer, à l'alinéa 1, le mot « présentés » au mot « approuvés ».

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 2 non modifié.

Elle adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 modifiée.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022

Article 3

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022

Amendements AS1426 et AS1619 de M. Frédéric Mathieu (présentation commune).

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Ces amendements visent à réaffecter les recettes dédiées au remboursement de la dette sociale à l'assurance maladie. Le Gouvernement a décidé de faire porter le coût de la crise du covid-19 à la sécurité sociale, en transférant la « dette covid-19 » à la Cades.

L'amendement AS1619 vise à compléter l'alinéa 8 par les mots « est nul ». Il s'agit de libérer 18 milliards d'euros, ce qui placerait les administrations de la sécurité sociale en excédent, à hauteur de 0,5 point de produit intérieur brut (PIB) en 2022 et de 0,8 point de PIB en 2023. Cette somme permettrait par exemple de supprimer tout reste à charge sur les dépenses de santé ou d'augmenter de près de 20 % le budget des hôpitaux.

Nous proposons que les recettes affectées à la Cades soient redirigées vers la sécurité sociale et que la dette sociale soit reprise par l'État.

Mme la rapporteure générale. L'intention de l'amendement n'est pas satisfaite par son objet, qui aurait pour conséquence de faire mentir la rectification du montant des recettes de l'assurance maladie pour 2022 dans le tableau des comptes 2022. La rectification proposée n'est accompagnée d'aucune proposition de transfert de recettes de la Cades vers l'assurance maladie. L'amendement n'a pas davantage pour effet de transférer la dette sociale à l'État.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Indépendamment des objections peut-être légitimes qui viennent d'être formulées, je lis ces amendements comme des amendements d'appel sur un sujet dont j'estime qu'il a été négligé lors de l'examen, à l'été 2020, du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie. Cette assemblée a pris, dans la précipitation de la sortie de la crise du covid-19, la décision fondamentale d'affecter la totalité de la dette sociale issue de la crise à la Cades, prorogéant de neuf ans son existence et son financement adossé, tout en créant une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie.

Or cette branche est dépouillée de ses ressources. La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie ne conserve pas un financement par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), dont je rappelle qu'il était considéré par le rapport Libault, par Agnès Buzyn et par de nombreux acteurs du secteur comme un mode pertinent pour assurer un financement satisfaisant de la

branche autonomie. En prenant cette décision, vous avez privé le financement de la branche autonomie de son bras armé, ce qui explique, de façon générale, pourquoi vous avez procrastiné et repoussé mois après mois, année après année, la loi « grand âge et autonomie ».

Ces amendements, comme d'autres que nous examinerons ultérieurement, si du moins ils ont échappé à la serpe de la recevabilité financière, soulèvent cette question : comment financer la branche autonomie ? Ils proposent avec pertinence de dégager des ressources suffisantes, qu'ils prévoient d'affecter au financement des hôpitaux, et que je considère comme un bon moyen de financer les 8 à 10 milliards dont a besoin la branche autonomie.

M. Paul Christophe (HOR). Le débat est ouvert. J'aimerais l'enrichir de quelques commentaires sur le travail que Thomas Mesnier et moi-même avons mené sur les projets de loi organique et ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie.

Monsieur Guedj, il ne vous a pas échappé que nous avons voulu dessiner le squelette de la cinquième branche de la sécurité sociale, souvent promise, mais jamais réalisée avant nous. Il ne vous a pas échappé non plus que le rapport Libault propose une trajectoire allant de 0 à 10 milliards à l'horizon 2030, sans trajectoire annuelle spécifique. Il ne vous a pas davantage échappé que nous avons prévu d'affecter au financement de l'autonomie une fraction de 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG), soit un montant de l'ordre de 2,4 milliards d'euros de recettes.

Je rappelle que la CRDS, que tout le monde envisageait en dépense à l'issue de la fin du remboursement de la dette sociale, est une taxe affectée à son remboursement. Il aurait donc fallu légiférer différemment pour en changer l'affectation.

Ces précisions apportées, je vous accorde que nous aurons ce débat, dont je sais qu'il vous passionne, dans la durée.

M. Philippe Vigier (Dem). Cela fait quelques années que j'entends parler du grand âge, notamment, Jérôme Guedj, de 2012 à 2017. Chaque année, on nous annonçait le Grand jour, qui n'est jamais venu. Convenez au moins qu'il est arrivé lors de la précédente législature. Nous trouverons ensemble du financement. Chacun doit faire preuve de modestie. Je pourrais ressortir les discours prononcés par plusieurs ministres dans l'hémicycle, ce qui placerait chacun devant ses responsabilités.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1408 de M. Hadrien Clouet.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Les entreprises ont bénéficié d'une aide significative de l'État en temps de crise pour limiter l'impact économique de la pandémie que nous connaissons. Ces aides pèsent sur le budget de l'État, qui aurait

dû prévoir des contreparties, comme il en existe en Espagne et au Portugal, en s'assurant qu'une crise ne saurait être l'occasion, pour les entreprises, de bénéficier d'aides publiques tout en ayant un prétexte pour licencier leur main-d'œuvre et délocaliser leur activité. Je n'évoquerai pas Sanofi, dont les dirigeants pourraient croire que je les déteste, mais Amazon, qui, grâce à son activité non essentielle, a gagné beaucoup d'argent, dont les hôpitaux ou l'autonomie auraient bien besoin.

Mme la rapporteure générale. Il me semble souhaitable de laisser à la loi, votée par le Parlement, le soin de veiller à l'évolution des recettes de la sécurité sociale. L'amendement délègue cette mission à un décret du Gouvernement.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Madame la rapporteure générale, si vous êtes favorable à l'amendement sur le fond, nous pouvons le retravailler ensemble d'ici à l'examen du texte en séance publique.

Mme la rapporteure générale. Les prévisions de recettes sont nécessairement impactées par les exonérations sociales dont bénéficient les entreprises, faute de quoi elles seraient erronées. Elles peuvent donc être revues à la hausse si des exonérations sont supprimées. L'amendement est satisfait.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 3 non modifié.

Après l'article 3

Amendement AS167 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement procède d'échanges que nous avons eus, les uns et les autres, avec une grande fédération intervenant dans le champ de l'hospitalisation publique, la Fédération hospitalière de France (FHF). Comme d'autres acteurs, elle déplore l'absence de loi de programmation de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Nous votons chaque année, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, un Ondam. Toutefois, alors même que le Ségur de la santé avait conclu à la nécessité de lui donner un cadre pluriannuel, notamment à la partie relative au financement des investissements, qui doit être sanctuarisée, il n'existe aucun outil offrant suffisamment de transparence et de visibilité, dans une perspective programmatique. Nous proposons de réfléchir à la question dans le cadre d'un rapport pour déterminer comment nous pouvons, dans l'enrichissement permanent du contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale, introduire une logique pluriannuelle, déjà à l'œuvre s'agissant des finances publiques, certes en application des règles européennes.

Mme la rapporteure générale. De nombreux acteurs formulent cette demande. L'Ondam bénéficie d'une pluriannualité sur quatre ans. S'agissant d'une loi de programmation de l'évolution des dépenses maladie, je considère, à titre personnel, que nous aurions été bien inspirés, en 2019, d'en prévoir une, que l'on peut rétablir chaque année, comme nous l'avons fait en période de crise sanitaire.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je souscris à l'idée de notre collègue Guedj. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a émis plusieurs recommandations à ce sujet, pour donner plus de visibilité aux acteurs. J'ai déposé un amendement, que nous examinerons ultérieurement s'il échappe à la serpe de M. Coquerel et est déclaré recevable, visant à donner à la fixation des tarifs et des prix un horizon pluriannuel de cinq ans au lieu de trois.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je soutiens cet amendement. Nous ignorons, nous, le sectarisme. Cet amendement tombe sous le sens. De nombreux acteurs nous demandent une visibilité accrue. Il est de notre responsabilité de la leur donner.

La commission rejette l'amendement.

La réunion, suspendue à dix-huit heures cinq, est reprise à dix-huit heures vingt-cinq.

Article 4

Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs

Amendements AS883 de M. Jérôme Guedj, AS1026 de M. Thibault Bazin et AS166 de M. Jérôme Guedj (discussion commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article vise à corriger l'Ondam pour 2022 afin d'intégrer les surcoûts induits par la crise sanitaire, par l'inflation pour les établissements médico-sociaux, au premier rang desquels les Ehpad, et par la revalorisation du point d'indice.

Comme le démontre un travail mené par les acteurs du secteur, le montant de 300 millions d'euros consacré au sous-objectif fixé aux établissements médico-sociaux est insuffisant pour absorber ces surcoûts. Leurs estimations sont bien plus élevées. Ainsi, la FHF estime-t-elle le surcoût, pour les seuls hôpitaux publics, à 750 millions d'euros, et pour les Ehpad publics à 217 millions d'euros, et à 300 si on y adjoint les services de soins infirmiers à domicile et les établissements relevant du champ du handicap.

Nous avons souscrit à l'objectif originel d'un Ondam permettant d'absorber la revalorisation du point d'indice et les surcoûts induits par l'inflation. Toutefois, dès lors que les acteurs du secteur eux-mêmes nous alertent sur le fait que les

montants envisagés induiront des déséquilibres des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), il nous semble absolument indispensable d'honorer la promesse d'une couverture tant de la revalorisation du point d'indice que des surcoûts induits par l'inflation, et accessoirement des surcoûts induits par la crise sanitaire

Nous proposons donc par l'amendement AS883 d'augmenter le montant de la correction prévue.

M. Thibault Bazin (LR). Nous débattons des décisions budgétaires modificatives pour l'exercice 2022, qui est en cours. Je tiens à tirer la sonnette d'alarme : elles me semblent insuffisamment adaptées. Certes, l'impact du contexte inflationniste semble pris en compte par le biais du rehaussement du niveau de l'Ondam, comme l'indique l'exposé du motif du projet de loi. Est-ce suffisant ?

D'après les témoignages rapportés des conseils d'administration de plusieurs maisons de retraite, les déficits imprévus s'élèvent à plusieurs centaines de milliers d'euros par établissement. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 repose sur l'hypothèse d'une inflation à 1,5 %. D'après les dernières données, elle sera d'environ 5,9 %. Cette différence a un effet énorme.

Le rehaussement de l'Ondam semble insuffisant sous certains aspects. Il ne couvre que 60 % du besoin, ce qui est d'autant plus inquiétant qu'il servira de base au calcul de l'Ondam pour 2023. Les dépenses d'achats et d'immobilier ont progressé, ainsi que la masse salariale et les coûts de l'énergie. La restauration est l'un des postes de dépenses dont l'évolution est la plus inquiétante, car il influence le moral des résidents. Si nous ne tenons pas compte, dès cette année, du risque de dégradation de la situation financière de ces établissements, nous risquons de commencer l'année 2023 dans une grande difficulté, d'autant qu'ils doivent faire des investissements, notamment pour assurer la transition énergétique.

Mon amendement n'est qu'une proposition. L'inflation était moindre qu'elle n'est devenue lors de la rédaction du projet de loi. Il faut peut-être le recalibrer.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je souscris à l'analyse de notre collègue Bazin.

L'amendement AS166 porte sur le sous-objectif destiné au financement des établissements de santé. Je constate avec lucidité qu'il prévoit le financement des surcoûts induits par l'inflation et la revalorisation du point d'indice. Toutefois, il n'en permet pas la saine compensation. Certains établissements hospitaliers et médico-sociaux sont à l'os, ce qui aura des conséquences en matière de déficit sur les EPRD.

Par ailleurs, si la base de calcul de l'Ondam 2023 est sous-dotée, nous ne ferons qu'amplifier la difficulté. Le sentiment d'une juste compensation est au cœur des sujets que nous aborderons dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. La majorité peut bien dire que l'Ondam

est à un niveau jamais atteint, il n'en est pas moins inférieur à l'inflation. Ce décalage pose problème.

Sur la correction de l'Ondam pour 2022, vous commettez les mêmes erreurs que celles que vous avez commises lors de l'élaboration du projet de loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat : une augmentation, certes, mais insuffisante, qui complique le fonctionnement même des établissements en matière de restauration ainsi que d'achat de fournitures et de fluides.

Mme la rapporteure générale. S'agissant du sous-objectif fixé aux établissements médico-sociaux, nous l'avons augmenté de 1,8 milliard d'euros, ce qui inclut l'anticipation de l'inflation et la revalorisation du point d'indice. Cela représente une augmentation de 7,9 % en 2022, à laquelle il faut ajouter les 300 millions prévus par le présent article.

Globalement, l'Ondam augmente de 5,4 % en 2022. En quatre ans, il a augmenté de 35 milliards d'euros, le montant décidé chaque année servant de base à une augmentation l'année suivante. En 2022, nous n'avons demandé aucune économie aux établissements de santé. L'augmentation de l'Ondam tient compte de l'inflation à hauteur de 2,3 milliards d'euros.

Nous avons été aux côtés des établissements de santé dans les moments de crise.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). S'agissant de l'Ondam pour 2023, notamment le sous-objectif fixé aux établissements médico-sociaux, le texte présente un biais. Certaines annonces, notamment l'extension du bouclier tarifaire aux Ehpad, ne sont pas prises en compte. Même si elles relèvent sans doute du projet de loi de finances, elles doivent être clarifiées.

S'agissant de l'Ondam pour 2022, l'absence de compensation intégrale de l'inflation équivaut à une demande d'économie de fait. Le montant de 300 millions me semble insuffisant. Quoi qu'il en soit, nous devons obtenir rapidement une clarification sur la répartition de ces crédits non renouvelables. Madame la rapporteure générale, pouvez-vous interroger les services de la Première ministre à ce sujet ?

La plupart des établissements, par mesure de prudence, gèlent des achats, des investissements et des recrutements, ce qui est dramatique dans le contexte que nous connaissons. Il leur faut une visibilité. Ils se demandent comment ils vont finir l'année.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Madame la rapporteure générale, votre lecture des derniers budgets de l'assurance maladie n'est pas la nôtre. Vous dites que nous n'avons pas demandé d'économies aux établissements. En réalité, les dépenses de santé font l'objet d'une compression permanente depuis cinq ans.

Les Ondam successifs n'ont jamais été au niveau de l'augmentation tendancielle des dépenses de santé, qui est chaque année d'environ 4,5 %. La défalcation du dernier budget des mesures du Ségur, qui étaient des mesures de rattrapage, participe à cette compression des dépenses. Manifestement, nous sommes en désaccord sur l'analyse des chiffres.

L'Ondam pour 2022 est très insuffisant. Redresser un peu la barre *in extremis* est une bonne chose. Sur le terrain, la situation est catastrophique. Certains établissements hospitaliers sont dans une situation critique, ce dont je ne suis pas certain que nous prenions la mesure. Tout ce qui permet de leur donner du souffle nous semble utile.

Mme la rapporteure générale. Je remercie M. Bazin d'avoir rappelé que le bouclier tarifaire devrait s'appliquer aux établissements médico-sociaux. Nous aurons ce débat en séance publique, en présence du Gouvernement.

Monsieur Dharréville, je ne peux pas vous laisser dire que nous demandons des économies aux établissements dans le cadre de l'Ondam pour 2022. Son augmentation de 5,4 % correspond à l'inflation attendue en 2022. Il prévoit en outre 2,3 milliards d'euros pour tenir compte d'une partie de l'inflation et de la revalorisation du point d'indice.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 4 non modifié.

Enfin, elle adopte la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 non modifiée.

TROISIÈME PARTIE

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

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 5

Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers en matière de services à la personne

Amendement CS1069 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'article 5 prévoit le contrôle par l'Urssaf du système d'avance immédiate du crédit d'impôt permettant de percevoir l'avance du coût des services à domicile. Si ce dispositif géré par le réseau Urssaf a vocation à s'étendre pour bénéficier à d'autres activités, il n'a pas grand-chose à voir avec les recettes. Nous proposons de déplacer l'article à la partie du texte consacrée aux dépenses.

Mme la rapporteure générale. L'article 5 traite de la réforme du versement contemporain du crédit d'impôt pour les services à la personne, qui, comme tel, doit figurer dans la partie consacrée aux recettes.

Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 5 non modifié.

Après l'article 5

Amendement AS790 de M. Bertrand Pancher.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Le présent amendement propose de créer une nouvelle contribution affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il est en effet urgent d'instituer une nouvelle ressource au profit de la cinquième branche de la sécurité sociale. Cette dernière ne prendra jamais vraiment en charge le risque dépendance sans un financement propre et significatif. Or les professionnels comme les personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi que leurs familles, ont des besoins croissants. L'amendement vise à créer une contribution sur les donations et les successions dont le produit serait attribué à la CNSA.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, car l'amendement vise à créer une contribution supplémentaire. La branche autonomie bénéficie de recettes dynamiques, qui ont progressé de 9 % en 2021. Par ailleurs, la progression attendue de la masse salariale devrait conduire à une hausse de 7,6 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

M. Thibault Bazin (LR). Les donations font déjà l'objet d'une taxation élevée, que notre groupe propose d'ailleurs de réduire. Il faut mener une réflexion d'ensemble, qui devrait se traduire par une loi « grand âge et autonomie » que l'on attend toujours. Les politiques diffèrent grandement selon les départements – à titre d'exemple, les petits-enfants sont parfois mis à contribution. Cela pourrait justifier une forme d'harmonisation à l'échelle nationale.

L'amendement proposé pénaliserait les personnes qui ont travaillé leur vie durant et qui, bien que disposant de revenus modestes, sont devenues propriétaires et entendent transmettre leur bien, souvent à la génération des petits-enfants. En

revanche, il épargnerait ceux qui ont dépensé sans compter tout au long de leur vie. Prenons garde aux effets de bord. Cette question ne peut être réglée à la va-vite par un amendement comme celui-ci.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je ne suis pas certain que ce soit la première mesure à prendre mais la question soulevée par notre collègue n'en demeure pas moins pertinente. Les moyens dont on dispose pour faire face aux enjeux du vieillissement de la population et assurer l'exercice du droit à l'autonomie sont insuffisants, comme l'illustrent les chiffres que vous avez cités et les tuyauteries qui ont été mises en place lors de la création de la cinquième branche. Il nous faut trouver des ressources supplémentaires. Nous sommes aux prises avec le fantôme de la loi « grand âge et autonomie ».

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1221 de M. Victor Catteau.

M. Victor Catteau (RN). Cet amendement vise à instituer un crédit d'impôt Ehpad égal à 25 % du montant des dépenses effectivement supportées par le contribuable au titre de la dépendance et de l'hébergement, dans la limite de 10 000 euros par personne hébergée. Au contraire de la réduction d'impôt, le crédit d'impôt présente l'avantage d'être remboursé en tout ou partie lorsque son montant dépasse celui de l'impôt ou lorsque le contribuable n'est pas imposable. Nos compatriotes pourraient ainsi se voir reverser jusqu'à 2 500 euros, c'est-à-dire l'équivalent d'un mois de séjour en Ehpad.

Mme la rapporteure générale. Les personnes âgées dépendantes bénéficient déjà d'aides importantes, telles que l'allocation personnalisée d'autonomie, la prestation de compensation du handicap ou le crédit d'impôt renforcé pour les services à la personne. Il existe par ailleurs une aide sociale à l'hébergement. En outre, le crédit d'impôt se concentrerait sur ceux qui paient l'impôt sur le revenu et donc pas nécessairement sur les personnes les plus vulnérables d'un point de vue économique. Je crois nécessaire de continuer à renforcer les dispositifs existants mais pas par le biais de ce crédit d'impôt.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS725 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Cet amendement prévoit d'exonérer les établissements publics de santé et les Ehpad publics de la taxe sur les salaires comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales. Alors que les personnels hospitaliers ont des besoins financiers et humains d'ampleur, cette mesure permettrait de redéployer 4 milliards d'euros en direction de l'activité hospitalière, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches, des formations et des revalorisations salariales pour l'ensemble des salariés.

Actuellement, on marche sur la tête : l'État taxe les hôpitaux sur les salaires qu'il leur verse.

Mme la rapporteure générale. Votre amendement entraînerait une perte importante de recettes pour la sécurité sociale, sans apporter de véritables solutions aux enjeux de financement de la branche autonomie.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS201 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit, par cet amendement, d'améliorer le niveau de vie des jeunes agriculteurs en leur permettant de bénéficier d'un cumul d'exonérations. En effet, les chefs d'exploitation agricole ayant un revenu inférieur à un certain seuil bénéficient d'une modulation de leur taux de cotisation maladie, maternité et prestations sociales. Le taux de cotisation d'assurance maladie et maternité des chefs d'exploitation est, depuis 2018, aligné sur celui des autres professionnels non salariés. Actuellement fixé à 6,5 %, il varie en fonction des revenus professionnels, qui doivent être inférieurs à 110 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

En parallèle, afin de favoriser leur installation, la loi exonère partiellement de cotisations sociales les jeunes agriculteurs devenant chefs d'exploitation. L'exonération est dégressive sur cinq ans.

Toutefois, il n'est pas possible de cumuler les deux dispositifs. Cette anomalie doit être corrigée. En effet, dans certains groupements agricoles d'exploitation en commun familiaux, par exemple, il arrive que les jeunes agriculteurs bénéficiaires de l'exonération partielle soient redevables, à revenu égal, d'un niveau de cotisations supérieur à celui acquitté par leurs aînés. Pourquoi ne pas étendre le cumul, qui est déjà possible pour les repreneurs d'une entreprise, aux jeunes agriculteurs ?

Mme la rapporteure générale. Cet été, nous avons voté la loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, qui a allégé les cotisations de tous les travailleurs indépendants, y compris des agriculteurs, d'un montant de près de 550 euros au niveau du Smic et qui a permis aux jeunes agriculteurs pouvant prétendre à l'exonération de cotisations sociales de choisir le taux réduit de cotisations famille si cette option est plus avantageuse pour eux.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Je voudrais savoir pourquoi les amendements que nous venons d'examiner ont été jugés recevables alors que l'article 40 a été opposé à 471 amendements. Pouvez-vous rappeler les critères qui ont justifié ces choix ?

Mme la rapporteure générale. Les amendements en question ont été jugés recevables car ils visaient à diminuer une recette et non à créer une dépense.

M. Yannick Neuder (LR). Je ne vois pas pourquoi les agriculteurs ne pourraient pas bénéficier du cumul, alors que celui-ci est permis, notamment, pour la reprise d'activité.

Mme la rapporteure générale. Aux arguments précédents, j'ajouterai que cette extension entraînerait une perte de recettes substantielle.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il me semble que, par la loi pour la protection du pouvoir d'achat, nous avons résolu le problème de l'incompatibilité entre les deux dispositifs.

M. Thibault Bazin (LR). Nous avons offert aux jeunes agriculteurs la possibilité de choisir entre les deux dispositifs afin qu'ils ne subissent plus de pertes. Notre collègue demande qu'il soit possible de cumuler les mesures, ce qui renvoie à l'enjeu fondamental de la transmission. Les premières années d'activité sont difficiles, surtout si le jeune actif doit se mettre aux normes et engager des investissements, qui plus est dans un contexte inflationniste. Rappelons, en outre, que la profession se féminise. Madame la rapporteure générale, peut-être le droit en vigueur pourrait-il être amélioré en vue de la séance ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS840 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Les besoins de financement de la branche autonomie atteindront, selon le rapport Libault, 6,3 milliards dès 2024. Or, pour l'heure, vous ne lui avez affecté que 0,15 point de CSG, soit un tiers du montant nécessaire. Nous allons donc vous proposer une série d'amendements visant à abonder cette branche. Ceux-ci ne sont pas l'œuvre d'affreux gauchistes, puisque nous nous sommes inspirés du rapport de M. Vachey, que vous lui aviez commandé lors de l'examen de la loi du 7 août 2020.

Cet amendement vise à ramener le plafond de l'abattement de 1,75 % sur l'assiette de la CSG-CRDS au titre des frais professionnels de quatre fois à une fois le PASS. En effet, le plafond est assez généreux et bénéficie à des revenus confortables. En poursuivant un double objectif de justice sociale et d'abondement de la branche autonomie, nous pourrions ainsi affecter à cette dernière 150 millions d'euros, qui seraient très utiles, par exemple, pour renforcer la médicalisation des Ehpad.

Mme la rapporteure générale. Cette mesure introduirait une inégalité devant les charges publiques entre salariés et indépendants. En effet, ces derniers peuvent déduire leurs frais professionnels de l'assiette sociale pour déterminer leur montant réel.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS1317 et AS1403 de Mme Eléonore Caroit (discussion commune).

Mme Prisca Thevenot. Ces amendements sont défendus.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS723 de M. Pierre Dharréville et AS129 de M. Jérôme Guedj (discussion commune).

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La CSG sur les revenus d'activité et de remplacement a été augmentée de 1,7 point en 2018 – ce qui a provoqué une grande colère dans le pays – pour financer la baisse des cotisations sociales chômage et maladie. La CSG sur les revenus du capital, quant à elle, a seulement été rehaussée de 1 point. Nous vous proposons d'augmenter la CSG sur les revenus du capital de 2,8 points, ce qui rapporterait 3 milliards d'euros à la sécurité sociale.

Mme la rapporteure générale. Votre amendement vise à accroître le taux de la CSG sur les produits de placement. Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) indique que la fiscalité frappant ces produits devrait rester très dynamique, grâce au rebond de notre économie après la crise, et rapporter 16 milliards de CSG et de CRDS, soit un montant en hausse de plus de 9 % par rapport à 2021. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de l'alourdir.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Nous avons besoin de ressources supplémentaires pour financer la cinquième branche de la sécurité sociale. Je constate, sans surprise – car c'est inscrit dans vos choix politiques – votre propension à refuser de taxer le capital comme il devrait l'être. Il nous faut changer de paradigme. La taxation de ces revenus serait bénéfique à tous points de vue ; cet argent serait utile, en l'occurrence, pour financer l'exercice du droit à l'autonomie.

Mme la rapporteure générale. Nous ne refusons pas de taxer le capital puisque, comme je vous l'ai dit, nous collecterons 16 milliards de CSG et de CRDS en 2022, soit une somme en hausse de plus de 9 % par rapport à 2021.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1087 de Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Cet amendement porte sur les retraites chapeau, dont bénéficient des salariés pouvant gagner plus de huit fois le plafond de la sécurité sociale, soit au-delà de 330 000 euros. Comme vous êtes opposés aux régimes spéciaux, je vous propose de réformer celui-ci, en le taxant – ce qui ne serait que justice – à hauteur de 30 %.

Mme la rapporteure générale. Ces rentes sont déjà taxées, de façon progressive, jusqu'à 21 %. Je propose de conserver ce barème.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Ces rentes sont d'abord soumises aux cotisations sociales, puis à la taxation.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS130 de M. Jérôme Guedj, AS728 de M. Pierre Dharréville et AS851 de Mme Sandrine Rousseau.

M. Jérôme Guedj (SOC). Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, vous aviez abaissé la fiscalité sur la distribution d'actions gratuites de 30 à 20 %. L'étude d'impact estimait à au moins 120 millions l'impact de la mesure. Nous vous proposons de revenir au taux de contribution patronale de 30 %.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il s'agit de revenir sur l'allègement de la fiscalité frappant les actions gratuites, qui résulte de l'adoption d'un amendement au cours de la nuit, un peu à la légère, pour favoriser les bénéficiaires de ces titres. Il faut remettre en cause cette très mauvaise décision. L'attribution d'actions gratuites concerne essentiellement des salariés très bien rémunérés, au sein de grands groupes, ainsi que leurs dirigeants. Outre son coût non négligeable pour les finances sociales, cet outil revient à contourner les règles applicables au salaire. Nous souhaitons ramener la taxation de la cotisation patronale au taux de 30 %. Il faut réduire l'écart considérable qui sépare les très hauts salaires de la moyenne des rémunérations.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). L'allègement fiscal n'a pas de raison d'être puisqu'il s'agit d'un contournement du salaire. Depuis quinze ans, on assiste à une diminution des cotisations patronales sur l'ensemble des salaires et des rémunérations annexes, ce qui déséquilibre le budget de la sécurité sociale. Il serait temps de revenir à l'équilibre, car ces mesures n'ont aucun effet sur l'emploi, comme de nombreuses études économiques l'ont montré. En l'occurrence, c'est encore pire, puisqu'il s'agit d'actions. Les effets de la baisse de la fiscalité se résument, en la matière, à l'enrichissement des plus aisés. Aussi vous proposons-nous de relever le taux de cotisation à hauteur de 30 %.

Mme la rapporteure générale. Je suis en désaccord avec ce qui vient d'être dit. La contribution sur les stock-options et les actions gratuites est aujourd'hui très dynamique : comme le précise le rapport à la CCSS, elle a progressé de 16,5 % en 2021, rapportant près de 880 millions d'euros. La mesure actuellement en vigueur favorise le pouvoir d'achat des salariés qui peuvent en bénéficier.

Avis défavorable.

M. Marc Ferracci (RE). Le dispositif des actions gratuites a du sens dans certaines circonstances, en particulier lors de la création d'une entreprise qui ne peut se projeter sur un horizon de plusieurs années d'exploitation et qui a besoin d'attirer des salariés ayant des compétences et des talents. Il n'y a parfois pas d'autre solution que de recourir aux actions gratuites ; ce dispositif doit garder une certaine attractivité, y compris sur le plan fiscal.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Est-ce à dire que tous les salariés qui ne recevraient pas de stock-options ou d'actions gratuites n'auraient ni compétences ni talents ? Votre justification est dangereuse. Nous sommes une opposition à ce point constructive que nous vous offrons l'occasion de progresser sur deux terrains : les finances de la sécurité sociale et la justice sociale. Vous avez la possibilité d'envoyer un signal, de contredire ceux qui affirment que vous êtes au service d'une minorité de privilégiés et de montrer aux Français que vous êtes épris de justice. Au lieu de cela, vous manifestez votre soutien aux plus nantis.

M. Thibault Bazin (LR). À vous entendre, on croirait que les actions gratuites sont distribuées aux détenteurs d'énormes fortunes. Or, je constate que ce sont parfois des très petites entreprises (TPE) ou des petites et moyennes entreprises (PME) qui attribuent à tous leurs salariés une part du capital, ce qui leur est plutôt bénéfique, me semble-t-il.

Je ne pense pas que la distribution de ces actions – qui n'est pas une procédure si fréquente – déséquilibre les comptes de la sécurité sociale, d'autant plus que des mesures de compensation ont été adoptées.

On nous soumet une série d'amendements qui visent à augmenter les taxes et les cotisations. Il me semble que, dans le contexte actuel, il est de notre responsabilité de veiller à ne pas augmenter la fiscalité et les charges pesant sur les particuliers et les entreprises.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). L'allégement fiscal n'est pas conditionné à l'ancienneté ou à la taille de l'entreprise : il s'applique à toutes les distributions d'actions gratuites. Il s'agit de revenir sur une niche fiscale, de réintroduire de la justice sociale, et non de plomber le bon petit commerçant ou artisan.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS803 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement vise à supprimer un avantage accordé aux sociétés de rédacteurs de presse, à savoir l'exonération de la contribution sociale de solidarité, qui participe au financement de l'assurance vieillesse.

Une telle exonération n'est pas justifiée car l'État soutient déjà la presse écrite par une aide annuelle. En outre, les sociétés de presse ont connu depuis

plusieurs années une vague massive de rachats par de grands groupes, qui participent au financement des rédactions.

Dans un contexte social tendu, où le Gouvernement demande à l'ensemble des Français de supporter des ajustements sociaux brutaux, ces niches fiscales ne peuvent subsister car elles ne satisfont ni l'intérêt général ni la nécessité de réaliser des économies ou d'augmenter nos recettes.

Mme la rapporteure générale. Les sociétés de rédacteurs de presse ne sont pas les seules à être exonérées. Il en va ainsi pour les sociétés de copropriété, les sociétés d'HLM ou les sociétés d'investissement. Il n'y a pas de raison de revenir sur cette exonération.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cibler les unes n'empêche pas de faire subir le même sort aux autres. Nous n'avons pas à maintenir une niche fiscale pour des sociétés de presse qui sont rachetées massivement par de grands groupes.

M. Arthur Delaporte (SOC). Les sociétés de rédacteurs de presse, ce ne sont pas le grand capital et Bolloré : ce sont des associations de journalistes. L'amendement vise à taper sur ces associations, non sur le grand capital, contrairement aux nôtres, que votre groupe n'a pas soutenus. Cela révèle l'incohérence de vos propos, qui est propre au Rassemblement National.

M. Thibault Bazin (LR). Il serait bon que l'on ne tape ni sur les journalistes ni sur ceux qui produisent dans les entreprises, et que l'on travaille à améliorer les politiques publiques, qui dépendent des comptes sociaux.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1442 de M. Damien Maudet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il s'agit de relever le taux de la CSA, afin d'abonder la branche autonomie, pour payer avec dignité celles et ceux qui s'occupent avec dignité de nos aînés. Le virage domiciliaire, que la majorité évoque souvent, ne se fera pas sans financement, notamment pour les aides à domicile, qui ne sont payées que 682 euros par mois.

Mme la rapporteure générale. Ayant la même assiette que la cotisation patronale pour l'assurance maladie, cette recette est dynamique. C'est notamment grâce aux efforts que notre majorité a fournis pour s'assurer que les entreprises connaissent un environnement économique stable, leur permettant d'investir et de se développer. Nous assurons donc de fortes rentrées de cotisations sociales, sans avoir à augmenter ce taux.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS131 et AS132 de M. Jérôme Guedj (présentation commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Pour abonder la branche autonomie et respecter une trajectoire qui permette d'augmenter le taux d'encadrement dans les Ehpad et leur médicalisation, de mieux rémunérer les aides à domicile, et, éventuellement, de baisser le reste à charge des ménages tout en accompagnant la professionnalisation, le rapport Vachey soumettait à l'arbitrage politique la mobilisation du patrimoine des Français.

Le premier amendement vise ainsi à créer une contribution sur les successions et les donations, de 1 % sur l'actif net taxable, dès le premier euro, ce qui pourrait rapporter 400 à 500 millions d'euros.

Avant que Mme la rapporteure générale ne donne ses éléments de langage – cela n'est pas péjoratif, j'en utilise aussi –, je précise que ces recettes peuvent être dynamiques. Mais selon la Cour des comptes, qui n'est pas connue pour être un repaire de gauchistes, il est nécessaire d'accroître la dépense publique pour financer l'autonomie. Je ne sais pas comment on y parvient sans augmenter les ressources.

Tout l'enjeu est le choix politique. Nous commençons seulement d'en discuter avec ces amendements d'appel, qui trouveront peut-être un débouché dans une future loi « grand âge et autonomie ». Nous n'échapperons pas à des prélèvements supplémentaires, pour financer les besoins de la branche autonomie. Nous devons nous familiariser avec cette idée et réfléchir aux choix possibles, entre taxer le patrimoine, les niches fiscales et sociales ou les successions. Il faut avancer, et c'est l'objet de nos propositions.

Le second amendement porte sur les revenus des capitaux mobiliers, une autre proposition du rapport Vachey dont nous reparlerons en séance.

Mme la rapporteure générale. Au-delà des éléments de langage, vous avez raison, monsieur Guedj, le débat sur la loi « grand âge et autonomie » est certes légitime, mais nous faisons un choix politique : c'est de ne pas augmenter les contributions dans notre pays, qui sont parmi les plus élevées en Europe.

J'émetts donc un avis défavorable sur les deux amendements.

M. Arthur Delaporte (SOC). On peut débattre de l'augmentation du taux des contributions, mais il s'agit d'un taux moyen. Nous vous demandons davantage de justice : augmentez un peu le taux pour ceux qui ont beaucoup ; baissez-le pour ceux qui ont moins. Lorsque l'on demande de taxer les revenus des capitaux mobiliers, on ne vise pas ceux qui ont moins. Il faut rééquilibrer la balance, même si on garde le même taux moyen.

Mme la rapporteure générale. Encore faudrait-il que ce rééquilibrage apporte des recettes suffisantes, ce qui n'est pas le cas.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Vous ne parliez pas de la même façon lorsque vous avez augmenté la CSG, en 2018.

Nous sommes favorables à la diminution de certaines contributions et à l'augmentation d'autres, notamment pour faire contribuer la finance, qui domine un grand nombre d'activités humaines et face auxquelles le pouvoir politique doit reprendre la main.

M. Thibault Bazin (LR). Mon collègue Philippe Juvin notait que l'on ne parle que des augmentations de taxes. On ne pourrait pas défendre des amendements visant à les diminuer. C'est injuste : tout tend à faire augmenter les taxes, si elles sont gagées !

Il y a urgence à trouver des moyens de financer le grand âge et l'autonomie, et vos amendements fournissent des pistes mais s'agira-t-il de la bonne mesure pour trouver des moyens à la hauteur de nos ambitions ? Sans une étude d'impact global, on peut en douter.

Naturellement, vous ne pouvez pas faire autrement car il n'y a pas de loi « grand âge et autonomie ». J'espère que nous pourrons en débattre avec le Gouvernement en séance. Le dispositif ne présente pas de progressivité : la taxe s'applique pour tous, y compris ceux qui ont peu, dès le premier euro, et on n'y retrouve pas l'idée de taxer ceux qui ont beaucoup.

M. Marc Ferracci (RE). Je rappelle que l'augmentation de la CSG était destinée à compenser la suppression des cotisations salariales chômage et maladie. Le projet politique, derrière, était de faire en sorte que le travail paie.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS128 et AS164 de M. Jérôme Guedj (présentation commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Je crains que ces amendements ne connaissent un sort prévisible, eu égard à nos discussions, tant aujourd'hui que lors du projet de loi de finances rectificative ou, prochainement, du projet de loi de finances (PLF). Il s'agit, par parallélisme, d'instituer une contribution sociale exceptionnelle des sociétés réalisant des superprofits, pour financer l'autonomie.

Le premier amendement, qui cible les grandes entreprises dont le chiffre d'affaires dépasse 750 millions d'euros, vise à financer la sécurité sociale et abonder les politiques de redistribution et de solidarité, qu'il s'agisse de la branche famille, maladie ou autonomie.

Le second cible les acteurs de l'industrie pharmaceutique, qui bénéficient des financements du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Certains ont connu une explosion de leurs bénéfices.

Des recettes supplémentaires, ce n'est pas un gros mot pour financer la redistribution et la sécurité sociale. En élargissant l'assiette des acteurs concernés et en ciblant les superprofits, nous sommes dans l'esprit de ce que doit être la protection sociale.

Mme la rapporteure générale. Mes éléments de langage indiquent que ce débat aura lieu sans aucun doute, dans le cadre de l'examen du PLF. Vous le savez probablement, on s'oriente plutôt vers une solution européenne sur cette question.

Avis défavorable aux deux amendements.

M. Arthur Delaporte (SOC). Ce qui se fait à l'échelon européen ne doit pas empêcher la France d'être en avance sur son temps et plus ambitieuse sur certains points. Ce que nous demandons n'est que justice. Lorsqu'ils sont consultés, les Français répondent d'ailleurs favorablement à une mesure de taxation des profits indus.

Les profits de Sanofi, par exemple, ne sont pas liés à la période du covid, mais étaient déjà en pleine explosion auparavant.

Certains acteurs profitent du système de santé, notamment de l'argent du contribuable : c'est grâce au prix élevé de différents médicaments, remboursés par l'assurance maladie, que certaines sociétés privées dégagent des bénéfices exceptionnels. Il est temps que nous parvenions à réguler ce marché, qui contribue à la hausse des dépenses de sécurité sociale.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Il fut un temps où la France n'était pas la remorque de l'Union européenne. Il est grand temps qu'elle redevienne un État qui impulse des projets. Si la décision européenne doit aller dans ce sens, il serait bon que la France se positionne dès aujourd'hui, pour attirer d'autres nations plus réticentes. On passe à côté d'une occasion d'envoyer un excellent signal.

Contrairement à ce que disait M. Bazin, le dispositif proposé est ciblé : il vise les superprofits, et ce ne sont pas les petites entreprises, les entreprises prolétaires ou les micro-entreprises qui les font !

Mme la rapporteure générale. C'est justement parce que la France a proposé une contribution à l'Europe et a porté ce sujet au niveau européen que la décision devrait être prise.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS102 et AS103 de M. Jérôme Guedj (présentation commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit de créer une redevance sur les lits non habilités à l'aide sociale dans les Ehpad non majoritairement habilités à l'aide sociale.

Une autorisation publique permet aux Ehpad d'accéder à des dotations « soins » et « dépendance », de 15 000 à 18 000 euros par place, et, pour certains, de réaliser des profits. Pour les concessions d'autoroutes ou les licences de téléphonie mobile, il est apparu évident au législateur de demander une redevance en contrepartie de l'autorisation publique – dans le cas des Ehpad, celle-ci est monnayable lors de leur cession.

Taxer les places sur lesquelles il est possible de réaliser une marge, parfois non raisonnable – la période récente l'a montré –, serait un moyen juste de contrebalancer un financement public, pour mettre à contribution ces acteurs privés, lucratifs ou non selon qu'ils ont fixé un tarif libre. Une telle redevance, soutenue par certains acteurs du secteur, pourrait financer la branche autonomie ainsi que les investissements nécessaires dans les Ehpad publics, pour assurer leur modernisation et faire en sorte que le reste à charge supporté par les familles n'augmente pas.

Mme la rapporteure générale. Je vous rejoins sur la nécessité de continuer à travailler pour augmenter les places réservées à l'aide sociale dans les Ehpad. Mais, en l'occurrence, vos amendements créent une charge supplémentaire pour les Ehpad, dont on connaît les besoins de financement. Ces établissements ont plutôt besoin d'être aidés.

Avis défavorable.

Mme Monique Iborra (RE). Monsieur Guedj, en tant qu'ancien président d'un conseil général, vous devez savoir à quel point il est urgent de réformer l'aide sociale, avant de penser à augmenter les places. La situation de l'aide sociale, que l'Assemblée nationale et le Sénat décrivent dans leurs rapports, n'est pas acceptable.

Quand vous serez à nouveau président d'un conseil départemental, vous pourrez nous faire une telle proposition. Ce n'est pas encore le moment !

M. Jérôme Guedj (SOC). La nécessaire réforme de l'aide sociale n'est pas l'objet de mes amendements : il s'agit de cibler les établissements qui pourraient être soumis à cette redevance, qui est un facteur de redistribution. Des acteurs privés génèrent des marges parfois importantes sur la tarification de l'hébergement ; ils ne les obtiennent que parce qu'ils ont une autorisation publique.

Lorsque la redevance pour la téléphonie mobile ou les concessions d'autoroutes a été instaurée, vous ne vous êtes pas posé la question : en contrepartie de l'autorisation publique donnée, on a demandé une forme de rémunération de l'État pour ceux qui dégageront des marges.

Il s'agit d'activer toute une palette de ressources et de mettre à contribution les acteurs qui paraissent légitimes à financer la branche autonomie, ce qui affectera de manière marginale leur profitabilité.

Quant à encadrer l'aide sociale, je ne crois pas qu'on ait besoin d'augmenter le nombre de places habilitées : 80 % des lits sont habilités mais moins de 20 % des résidents sont bénéficiaires de l'aide sociale.

Je rejoins là Monique Iborra : nous avons besoin de réformer la tarification des Ehpad, en introduisant de la progressivité. La mesure trouverait sa place dans une loi « grand âge et autonomie » que nous continuons à appeler de nos vœux.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS719 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'amendement vise à instituer une contribution de solidarité des actionnaires pour l'autonomie, de 2 %, assise sur les revenus distribués au sens de l'article 109 du code général des impôts.

Nous n'avons pas suffisamment de ressources pour accompagner le droit à l'autonomie et le garantir. Or de grandes entreprises distribuent régulièrement des dividendes : ces ressources seraient les bienvenues pour nous aider à faire face.

Total a annoncé récemment la distribution de 2,6 milliards d'euros de dividendes. Quand on compare avec les sommes dont nous avons besoin, cela fait rêver... ou cauchemarder !

Mme la rapporteure générale. Nous avons déjà parlé du dynamisme des ressources fiscales sur la branche autonomie. La contribution que vous proposez est déjà soumise au prélèvement forfaitaire unique (PFU), donc, aux prélèvements sociaux à hauteur de 17,2 %.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'amendement tend à contester le PFU, un plafond qui nous prive de ressources que nous pourrions mettre au service de la société.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS861 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Le présent amendement vise à créer une contribution autonomie sur les successions et les donations, dont le produit – 3 milliards d'euros, selon France Stratégie – est affecté à la CNSA.

La proposition est issue du rapport Libault, qui estime à 6,5 milliards d'euros les ressources supplémentaires nécessaires pour améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie à l'horizon 2024 et éviter un décrochage de la branche.

La cinquième branche autonomie, créée par la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et dont la gestion a été confiée à la CNSA,

a réuni dans son périmètre les financements déjà existants pour le soutien à la perte d'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap.

L'affectation de 0,75 % de CSG à la CNSA à partir de 2024, soit 2,3 milliards d'euros supplémentaires, est insuffisante pour faire face à l'évolution démographique liée au vieillissement de la population d'ici à 2030 – l'augmentation de 2,6 millions des plus de 75 ans coûterait près de 9 milliards, selon le rapport Libault.

La contribution que nous proposons institue une solidarité intergénérationnelle immédiate, et présente une logique d'universalité, qui permettra de soulager la contribution de chaque personne en perte d'autonomie, sans pour autant peser sur les revenus d'activités. Elle a vocation à faire de la cinquième branche une branche financée à la hauteur du risque qu'elle couvre, non de la laisser telle une coquille vide.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, car l'amendement crée une contribution supplémentaire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1422 de M. Hadrien Clouet.

Mme Farida Amrani (LFI - NUPES). L'amendement vise à augmenter le taux de cotisation salariale déplafonnée d'assurance vieillesse sur les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale.

Le système de retraite n'est pas en faillite. Les maigres économies que le Gouvernement espère réaliser en faisant travailler les Français plus longtemps sont équivalentes à la baisse des impôts de production promise. Il ne prend pas en compte les surcoûts élevés de chômage, de santé ou de versements de prestations sociales. Selon l'Observatoire français des conjonctures économiques, un relèvement de l'âge légal à 64 ans rapporterait des économies infimes, de l'ordre de 2,5 milliards d'euros.

Il faut au contraire se projeter avec ambition dans l'amélioration de notre système, en réduisant le temps de travail et en renforçant le montant des pensions. Cela a un coût : la surcotisation sur les hauts salaires que nous proposons permet d'en assumer une partie.

Mme la rapporteure générale. Nous en parlerons lors de la future réforme des retraites – il est à souhaiter que le texte arrive bientôt devant notre commission.

Je ne partage pas votre volonté d'alourdir le coût du travail et de limiter le pouvoir d'achat des salariés. Vous proposez d'augmenter les cotisations pour vous occuper des retraites. Ce n'est pas notre choix politique.

Avis défavorable.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Madame la rapporteure générale, vous semblez allergique au mot « contribution » mais seulement pour certains. Quand on prolonge l'âge du travail, ce sont les travailleurs qui sont davantage mis à contribution. Cela n'a pas l'air de vous déranger.

À vous écouter, on a le sentiment que vous n'avez pas besoin d'argent. En vous proposant des mesures, avec des financements, nous vous avons mâché le travail. Or vous rejetez systématiquement nos propositions, comme si les finances étaient au beau fixe.

Pourtant, quand vous parlez des retraites, vous dramatisez la situation financière de la sécurité sociale. Il faut un juste milieu, que vous n'avez pas encore trouvé.

Mme Annie Vidal (RE). Il faut rétablir la vérité. Selon le Conseil d'orientation des retraites, si les régimes de retraites sont en quasi-équilibre en 2021 et 2022, leur situation se dégrade à partir de 2023, pour atteindre un déficit de près de 18 milliards d'euros à l'horizon de 2030.

M. Thibault Bazin (LR). Je souhaiterais savoir quel est le seuil de déclenchement de l'augmentation du taux de cotisation salariale, auquel le dispositif renvoie. À partir de quel montant un salaire est-il considéré comme haut ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1420 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Le chômage est une catastrophe économique, sociale mais aussi sanitaire. On sait depuis de nombreuses années que la situation sanitaire des personnes privées d'emploi se dégrade fortement par rapport à celle des personnes qui en ont un – à tel point que le taux de mortalité des premières est trois fois supérieur.

L'objet de cet amendement est simple. Il s'agit de prévoir une majoration des cotisations à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour les entreprises de plus de cinquante salariés qui procèdent à des licenciements dits boursiers – c'est-à-dire qui licencient des gens tout en versant des dividendes à leurs actionnaires. Elles dégradent la situation de l'emploi et la situation sanitaire. Elles doivent donc aussi assumer leurs responsabilités. C'est un amendement d'intérêt général, puisque cet appel à la responsabilité permet également d'augmenter les ressources de la branche AT-MP de la sécurité sociale. Enfin, on sait que ce type de mesure suscite une forte adhésion de la population, au moins depuis l'affaire des licenciements boursiers de Michelin à la fin des années 1990.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, car il n'existe pas de lien entre les licenciements boursiers et la branche AT-MP. En revanche, nous pourrions débattre de cette branche et de la sinistralité des accidents du travail à l'occasion des amendements suivants.

M. Marc Ferracci (RE). Je partage totalement le diagnostic sur le fait que le chômage a des conséquences extrêmement lourdes sur la santé des demandeurs d'emploi, tant physique que psychologique. C'est la raison pour laquelle il faut faire baisser le chômage, en mettant tout en œuvre pour se rapprocher du plein emploi. C'est précisément ce que cherche à faire la majorité.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1421 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Avant même la crise du covid, on savait qu'il fallait se préoccuper de la santé mentale au travail. Les études médicales prouvent que cette dernière s'est dégradée fortement depuis. Cette accélération de la dégradation se manifeste par une augmentation du stress et du syndrome d'épuisement professionnel – notamment chez les salariés de moins de 30 ans, qui paraissent les plus touchés. Ce phénomène entraîne concomitamment un accroissement du nombre des consultations et de la consommation de médicaments.

Une fois encore, il s'agit d'inciter à l'adoption de ce que d'aucuns pourraient qualifier de bonnes pratiques vertueuses en faveur de la santé mentale au travail, en faisant contribuer davantage à la branche AT-MP les entreprises qui n'ont pas pris les mesures nécessaires pour parer le risque, parfois exponentiel, de survenance de ce type de maladie psychique professionnelle.

Mme la rapporteure générale. Votre amendement est déjà en partie satisfait depuis la réforme de la tarification des accidents du travail effectuée entre 2010 et 2014, qui a donné une large place à l'individualisation des cotisations et a simplifié le dispositif. Les établissements qui comprennent entre 20 et 149 salariés, dans lesquels on sait que la sinistralité est la plus élevée, ont vu s'accroître le poids de leur propre sinistralité dans le calcul de leurs cotisations.

En outre, de nombreuses actions du quotidien ont été annoncées en mars dernier dans le plan pour la prévention des accidents du travail graves et mortels.

Avis défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). Ce plan comprend de bonnes intentions, mais on peut lui adresser des critiques majeures. Ainsi, il reste dans le registre incantatoire, n'entre pas assez dans les détails et n'est pas chiffré.

L'amendement a le mérite de poser un diagnostic largement partagé sur les risques psychosociaux, qui sont de plus en plus reconnus comme à l'origine de maladies professionnelles. Mais ils ne sont pas assez suivis et pas assez sanctionnés ; ils mériteraient d'être davantage pris au sérieux, car un arrêt de travail sur cinq est d'ordre psychique. Cela a des conséquences, notamment chez les plus jeunes, avec une augmentation de la consommation d'anxiolytiques.

Bref, il faut continuer à agir et s'en tenir au plan pour la prévention des accidents du travail ne va pas assez loin.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La proposition qui consiste à moduler les cotisations à la branche AT-MP figurait dans le rapport de la commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie, dont j'étais le rapporteur. Cette proposition a été reprise par le premier président de la Cour des comptes – et donc par la Cour des comptes elle-même – lors de son audition par notre commission.

Je me permets d'insister pour que le débat soit ouvert, afin que les cotisations supplémentaires viennent alimenter les caisses de la branche AT-MP mais aussi jouer un rôle dissuasif envers ceux qui ne se préoccuperaient pas assez de ces questions au sein de leur entreprise. Il faut donner à cette branche les moyens de fonctionner, d'autant que la santé au travail ne peut pas être considérée comme un domaine où tout aurait déjà été fait.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS127 de M. Jérôme Guedj et AS766 de Mme Marie-Charlotte Garin.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'amendement AS127 propose de relever les taux de cotisations à la branche AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée.

Il reprend l'une des propositions figurant dans le rapport de Pierre Dharréville, qui préconisait la mise en place d'un tel malus pour les accidents du travail. Cette proposition avait été reprise par Didier Migaud, alors premier président de la Cour des comptes, lors de son audition par notre commission en 2018. Cela permettrait de lutter contre les maladies professionnelles, sachant que la France est le pays d'Europe où l'on meurt le plus au travail.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS766, qui avait été proposé en 2021 par le député socialiste Joël Aviragnet, vise à mieux évaluer et prévenir les risques de burn-out grâce à l'instauration d'un malus pour les employeurs qui n'auraient pas pris les mesures nécessaires pour éliminer le risque avéré d'épuisement professionnel. En pratique, il s'agit de relever les taux de cotisations à la branche AT-MP des entreprises présentant une sinistralité anormalement élevée. Cette tarification des risques professionnels permettrait de dégager des fonds pour la réparation, l'évaluation et la prévention des risques professionnels et elle participerait à la promotion de la santé au travail, aussi bien physique que mentale.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette les amendements.

Amendement AS1419 de M. Hadrien Clouet.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Cet amendement prévoit une modulation du taux de cotisation à la branche AT-MP en fonction de l'importance de la survenance de pratiques pathogènes et accidentogènes.

La France présente en effet le plus important taux de mortalité au travail en Europe. Alors que 80 % des embauches se font en contrat à durée déterminée et qu'au cours de l'année précédente, 20 % de ces contrats duraient une seule journée, la moitié des salariés français n'ont plus une journée de travail classique, du matin au soir avec une pause déjeuner. Le travail de nuit a doublé et les journées de travail sont de plus en plus hachées. Des études montrent que ces rythmes de travail atypiques ont des effets sur l'espérance de vie, mais aussi sur la fréquence des maladies, notamment mentales et cardiovasculaires.

Il est logique de faire porter la charge des pratiques pathogènes aux employeurs qui ne font pas l'effort de protéger leurs salariés et dont les entreprises présentent des taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles plus élevés. La liste des pratiques pathogènes sera établie par des organismes compétents, sur la base des études fiables menées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ou par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS1417 de M. Hadrien Clouet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Le rapport de la mission d'accompagnement des partenaires sociaux dans la démarche de la reconnaissance des travailleurs de la deuxième ligne a été remis en 2021 à Élisabeth Borne, alors ministre du travail. Il relevait que dix-sept métiers essentiels n'étaient pas assez reconnus et, surtout, étaient trop mal payés. On attend toujours les avancées pour les travailleurs concernés. Dans l'industrie de l'agroalimentaire, le salaire mensuel moyen est de 878 euros tandis qu'il est de 767 euros dans la manutention. Pour les caissières, ce salaire représente 859 euros.

On sait combien la pauvreté et le chômage peuvent avoir des conséquences sur la santé. C'est aussi le cas avec la précarité que subissent les travailleurs en intérim, qui enchaînent les contrats courts. C'est la raison pour laquelle cet amendement propose une modulation du taux de cotisation à la branche AT-MP selon le taux de recours à l'intérim.

Mme la rapporteure générale. Le recours à l'intérim est une possibilité offerte aux entreprises, parfois indispensable, et il ne constitue pas un bon critère pour moduler les cotisations AT-MP.

Avis défavorable.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). On ne peut pas se contenter de dire que le recours à l'intérim est utile et que par conséquent on ne peut rien faire. La santé économique et financière des grandes entreprises dans les secteurs comme l'agroalimentaire et la manutention est souvent bonne. Il faut les encourager à proposer des contrats à durée indéterminée et ne pas les laisser recourir à l'intérim pour utiliser les salariés comme bon leur semble.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1480 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Rachel Keke (LFI - NUPES). Cet amendement prévoit que les cotisations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles soient augmentées pour les entreprises qui ont recours à la sous-traitance. Il s'agit soit de les inciter à moins y recourir, soit de mieux protéger les salariés sous ce régime.

En effet, ces entreprises ne prennent pas leurs responsabilités en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Or les salariés qui subissent la sous-traitance sont plus exposés aux risques physiques et organisationnels, ainsi qu'aux accidents du travail ou aux risques psychosociaux.

La sous-traitance est une maltraitance.

Mme la rapporteure générale. Depuis 2017, nous avons continué à accroître la responsabilité des entreprises qui font appel à des sous-traitants. Issue d'une proposition de loi dont le rapporteur était Dominique Potier, la loi du 27 mars 2017 consacre le devoir de vigilance des sociétés mères et des entreprises donneuses d'ordre. Si le donneur d'ordre ne respecte pas ses obligations en matière de vigilance, l'Urssaf annule les exonérations et réductions de cotisations.

Augmenter les cotisations à la branche AT-MP ne me paraît pas être un bon moyen.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Je me dois de réagir quand j'entends que toute sous-traitance serait une maltraitance. Pour connaître le secteur du bâtiment, les donneurs d'ordre souhaitent parfois s'adresser à un interlocuteur unique. Si l'entreprise générale ne dispose pas en interne de toutes les compétences nécessaires, elle a recours à la sous-traitance pour s'associer avec les corps de métiers dont elle a besoin. Il s'agit de former une équipe pertinente et cela permet à de nombreuses entreprises de répondre à des appels d'offres.

Cela ne veut pas dire que toutes les sous-traitances sont vertueuses. Il peut y avoir des abus. Mais il faut trouver le juste milieu et les sous-traitants qui interviennent dans de bonnes conditions méritent notre respect et notre considération.

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Je vais tenter de jouer le rôle de médiateur entre M. Bazin et Mme Keke. La sous-traitance coïncide souvent avec de la maltraitance, même si ce n'est pas systématique. Nous pouvons nous accorder sur ce constat.

Mais revenons-en à l'objet de l'amendement, qui prévoit simplement d'augmenter les cotisations supplémentaires aux entreprises donneuses d'ordre lorsqu'une de leur entreprise sous-traitante dépasse un taux de sinistralité fixé par décret. Avoir déjà enclenché une démarche vertueuse, ce dont nous vous faisons crédit, n'empêche pas de faire mieux.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). C'est dans les entreprises de sous-traitance, notamment dans le bâtiment, que l'on meurt le plus d'accidents du travail en France. On y meurt, monsieur Bazin. Il est donc temps de se rendre compte que certaines entreprises ne jouent pas le jeu et ne respectent ni les salariés ni le code du travail. Pourquoi est-ce que tout le monde devrait payer pour elles ? Ce sont les employeurs qui abusent de la sous-traitance et qui ne prennent pas leurs responsabilités qui devraient payer.

M. Elie Califer (SOC). Avec la sous-traitance, il existe une double maltraitance : celle des petites entreprises et celle des ouvriers. Avec cet amendement, nous voulons améliorer la protection de ces derniers. La sinistralité cela veut dire qu'il y a eu mort d'homme ou des blessures qui mettent des salariés définitivement hors jeu. J'ai été maire pendant dix-huit ans et je peux témoigner qu'il faut se préoccuper de ces problèmes dans le secteur du bâtiment. Nous vous offrons l'opportunité de montrer que la France est plus vigilante encore.

M. Paul Christophe (HOR). Nous sommes bien d'accord sur le fait qu'il faut exercer une certaine vigilance en ce qui concerne la sous-traitance. L'arsenal législatif et réglementaire permet déjà d'effectuer des contrôles attentifs. Peut-être faut-il renforcer les moyens qui y sont consacrés.

En tout état de cause, il faut revoir la rédaction de l'amendement, qui prévoit des cotisations supplémentaires sans en fixer précisément le montant. Sa mise en œuvre serait pour le moins complexe.

Le recours à la sous-traitance pose sans doute des questions dans certains métiers. Mais dans d'autres cas il correspond au recours à l'excellence, par exemple dans le secteur du nucléaire. Quand on ne dispose pas des compétences nécessaires au sein d'une entreprise, il faut pouvoir aller les chercher ailleurs. Soyons donc vigilants sur les expressions qu'on utilise et sur les amalgames.

Par ailleurs, certaines personnes souhaitent travailler exclusivement dans le cadre de contrats d'intérim.

Enfin, les textes relatifs au recours abusif à l'intérim ont été durcis.

Bref, il faut analyser la question de manière globale avant de présenter un tel amendement, qui pourrait manquer sa cible.

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

2. Réunion du lundi 10 octobre 2022 à 21 heures (après l'article 5 à article 8)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12255460_634469af772ef.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-n-10-octobre-2022

Après l'article 5 (suite)

Amendements AS1520 de Mme Ségolène Amiot, AS1541 de Mme Caroline Fiat, AS1545 de Mme Ségolène Amiot et AS1547 de M. Damien Maudet (discussion commune).

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). « À soixante-dix ans, ma mère a passé vingt-sept heures sur un brancard » : voilà à peu près ce qu'on entend dans toutes les circonscriptions. La situation dans les hôpitaux publics est désastreuse, y compris aux urgences, et c'est ce qui a déclenché la mission « flash » de François Braun. Les hôpitaux craquent. On le voit partout. Ce qui craque aussi, ce sont les poches des ultra-riches – notamment chez Total où les bénéfices se sont élevés à 10 milliards d'euros au cours du premier semestre. Par l'amendement AS1545, nous voulons des taxes pour Total et des moyens pour l'hôpital, grâce à une taxation des superprofits au bénéfice de notre système de santé.

L'amendement AS1547 soulagera les députés de la majorité. Quelqu'un a dit tout à l'heure que le système de retraite serait en déficit à partir de 2023. Nous proposons une taxe sur les superprofits pour financer les retraites, ce qui est une mesure de justice. L'écart d'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres est de treize ans ; 40 % des ouvriers déclarent au moins un accident du travail au cours de leur carrière ; un quart d'entre eux décède avant 65 ans. Notre amendement fera payer les riches pour que les précaires et les ouvriers n'aient pas à partir en retraite plus tard.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Nous avons déjà débattu des superprofits. Mon avis reste défavorable, notamment parce qu'une mesure européenne serait plus efficace et que nous ne voulons pas créer une nouvelle cotisation fiscale.

M. Thibault Bazin (LR). Nos collègues peuvent-ils nous dire combien d'entreprises seraient concernées par cet amendement ?

M. Arthur Delaporte (SOC). Ma question s'adresse à la rapporteure : en quoi une taxation européenne serait-elle plus efficace qu'une taxation française qui permettrait de dégager dès maintenant des recettes ?

Mme Annie Vidal (RE). Vous n'êtes pas à une incohérence près. Quand j'ai donné les chiffres du Conseil d'orientation des retraites (COR) concernant le déficit

des retraites, vous n'étiez pas d'accord. Vous dites, d'un côté, que le système de retraite n'est pas déficitaire et, de l'autre, qu'il est déficitaire et qu'il faut taxer les superprofits pour le financer. Comme l'a indiqué la rapporteure, une réflexion ayant une autre portée, européenne, et plus pertinente est en cours. Vous proposez, pour votre part, une taxe sur un grand nombre d'entreprises : vous ne visez pas à taxer uniquement, comme vous le dites, les sociétés cotées en bourse mais un tiers des entreprises, non au titre de superprofits mais de profits tout court, ce qui mettrait en difficulté bon nombre d'entre elles aux fondations fragiles.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). La question du nombre d'entreprises concernées mériterait, c'est vrai, un approfondissement. Je peux déposer un sous-amendement demandant un rapport sur le produit de cette taxe.

S'agissant des analyses du COR, je suis désolé : mes propos étaient ironiques. Je voulais dire que si on parlait de votre postulat, ce que nous ne faisons pas, nos propositions permettraient une solution de financement.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements AS1441 de M. Damien Maudet, AS1455 de Mme Caroline Fiat et AS1427 de M. Frédéric Mathieu, puis l'amendement AS1540 de M. Frédéric Mathieu.

Amendement AS1434 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Cet amendement vise à taxer les entreprises d'aide à domicile qui abusent des contrats à temps partiel.

Mme la rapporteure générale. Nous en avons déjà parlé au sujet de l'intérim. Si on augmentait les contributions, on déstabiliserait ces entreprises dont on a pourtant besoin actuellement.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement concerne un secteur comptant, à ma connaissance, près de 1,7 million d'employés et 2 millions de bénéficiaires. Il m'inquiète fortement. Des mesures, des crédits d'impôt par exemple, ont été adoptées pour éviter le travail dissimulé. Il s'agit, par ailleurs, d'un secteur d'avenir, de plus en plus de personnes étant concernées en raison du vieillissement de la population. Si on se met à taxer ainsi, vous imaginez quelles seront les conséquences.

L'exposé des motifs fait état d'une vraie préoccupation : il faut que ces emplois soient les moins précaires possible, notamment en cas de temps partiel. Seulement le dispositif que vous proposez est dépourvu de lien avec cet objectif. Parfois, on ne peut pas faire autrement ; parfois c'est un chemin vers un emploi d'un volume horaire plus important. L'amendement est même dangereux : il nuirait aux

personnes qui bénéficient de ces emplois et qui, on l'a vu avec la crise sanitaire, jouent un rôle fondamental en première ligne.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). On ne peut pas dire en même temps avoir besoin de ce secteur et précariser les personnes qui y travaillent, pour affirmer ensuite que les chômeurs ne veulent pas travailler. Il n'y a pas de conditions de travail et de rémunération magiques. Si elles ne sont pas bonnes dans un secteur, il perdra des salariés. Puisque vous avez admis l'existence d'un besoin social, cet amendement est pleinement justifié !

M. Nicolas Turquois (Dem). Nous avons déjà examiné tout à l'heure une série de propositions de taxes. Voilà une nouvelle contribution ! Il faudrait plutôt regarder la réalité du problème : s'agissant de l'aide à domicile pour les personnes âgées, les horaires sont concentrés aux moments du petit déjeuner, de la toilette et du déjeuner. Il y a donc des heures creuses. Il serait préférable de réfléchir à cette question au lieu de proposer de taxer systématiquement dès qu'il y a un problème. Pour remédier aux difficultés de recrutement dans ces métiers, il faudrait chercher à mieux s'organiser et à améliorer le quotidien.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Nous avons voté cet été, du moins la majorité, la loi « pouvoir d'achat » qui prévoit de fusionner les branches professionnelles dont les minima sont inférieurs au Smic afin d'accélérer les négociations conventionnelles. C'est une manière de se donner les moyens d'une revalorisation salariale dans certaines branches, notamment celles des services à la personne.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Ce n'est pas celui qui s'énerve, comme notre collègue Turquois vient de le faire, qui a raison. Concernant le travail des aides à domicile, vous ne pouvez pas vous borner à dire qu'il faut se poser les bonnes questions. Pourquoi ne recrute-t-on pas ? C'est d'abord parce que les salaires mensuels sont en moyenne de 680 euros. On pourrait effectivement imaginer des tournées au lieu des journées à trous, comme pour les aides-soignants, et repenser l'amplitude horaire. Néanmoins, il ne vous aura pas échappé qu'il est compliqué de créer de nouvelles dépenses, c'est-à-dire des charges, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous cherchons de l'argent pour un nouveau système.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Notre collègue Turquois soulève un problème lorsqu'il évoque l'organisation du travail dans ce secteur. Il faut s'y attaquer. Nous avons fait des propositions. Nous avons même envisagé la création d'un nouveau versant de la fonction publique. Tout un travail reste à faire pour mieux respecter ces métiers et répondre aux besoins. Il faut un grand service public de l'autonomie.

On a asséché des années les ressources de la sécurité sociale. Il faut trouver des moyens de garantir les droits. Nos propositions portent effectivement sur le financement car ce sont celles que permettent les règles du débat parlementaire. Si

nous ne faisons que des propositions de dépenses, vous nous le reprocheriez et vous auriez raison.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Le secteur de l'aide à domicile est de ceux qui concentrent le plus de salariés en deçà du seuil de pauvreté, en raison des temps partiels. Lors de la discussion sur le pouvoir d'achat, vous avez rejeté ou déclaré irrecevables les amendements permettant de combler les heures creuses entre les temps de travail et de les rémunérer. Nous voulons donner des incitations aux entreprises concernées. Je rappelle que ces métiers font partie de ceux qui abîment le plus les corps. Les aides à domicile ont des taux de produits chimiques dans le sang supérieurs à ceux des ouvriers de la chimie.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement a le mérite d'aborder un sujet qui nous concerne et nous concernera tous de façon croissante – la dépendance. Les communes aux services de dépendance internalisés sont désormais contraintes, notamment pour des raisons financières, de les externaliser. Or, l'externalisation et le recours au privé pour l'aide à domicile ne s'accompagnent pas d'une amélioration des conditions de travail. Même employé dans le secteur public ou privé à but non lucratif, on subit des contraintes fortes de cadencement, qui pèsent sur le corps des femmes – en effet, ce sont essentiellement des femmes. Elles subissent une détresse psychologique à laquelle on ne fait pas attention. Il faut répondre à ces problèmes et affirmer à ceux qui exploitent les aides à domicile – certains le font vraiment, mais c'est aussi lié aux tarifs – que ce n'est plus possible.

M. Nicolas Turquois (Dem). Si j'étais tendu tout à l'heure, c'est parce qu'une circonscription comme la mienne voit l'essentiel de l'aide à domicile assuré par des associations comme le réseau d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) dans lesquelles des centaines de bénévoles cherchent des solutions pour des personnes âgées.

Je suis surpris par l'affirmation de Mme Rousseau concernant le taux de produits toxiques chez les aides à domicile. J'aimerais savoir quelle en est la source. N'est-ce pas une confusion avec la situation des femmes de ménage ?

Une nouvelle taxe s'appliquerait aussi aux associations qui essaient, avec les moyens qui sont les leurs, d'apporter les meilleures réponses et qui ont parfois été confrontées à des collectivités refusant la nouvelle convention collective pour rehausser les salaires. Il faut regarder la question dans son ensemble au lieu de simplement manier l'outil fiscal.

M. Thibault Bazin (LR). On a l'impression que tout ce qui est privé est le diable. Or, la comptabilité de ces entreprises privées est connue : elles ne réalisent pas les profits que vous imaginez. Elles opèrent parfois dans des territoires carencés, dépourvus d'offre publique, où elles répondent à un besoin. Pour rencontrer régulièrement ces acteurs, je peux dire qu'ils essaient de proposer des temps de travail aussi complets que possible. De plus, les difficultés actuelles ne concernent pas que le recrutement, mais aussi le financement des bénéficiaires. De nouvelles

taxes seraient répercutées sur les bénéficiaires, ce qui irait à l'encontre de l'objectif d'offrir les aides à la personne la plus abordable possible.

Mme Isabelle Valentin (LR). Cet amendement a le mérite de susciter un débat. La question que nous devons nous poser est la place du vieillissement dans la société. Nous connaissons tous les associations. Oui, des salaires sont minimes et oui, des personnes sont à temps partiel. Certaines le souhaitent, par exemple des mamans qui ne veulent pas travailler tard le soir. Il faut faire attention à ne pas fragiliser l'aide à domicile dans nos territoires. Nous avons besoin des entreprises qui gèrent cette aide ; je le vois dans ma circonscription.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La manière dont le système d'aide à domicile et d'accompagnement du droit à l'autonomie est structuré est un sujet. Souvent, on se repose sur des associations auxquelles on ne donne pas les moyens de fonctionner. Je connais des familles qui se sont engagées dans ces associations mais qui s'épuisent à terme et qui ne comprennent pas pourquoi c'est à elles qu'incombe la tâche de tout organiser. Quand le mouvement mutualiste ou associatif répond à des besoins, il faut aussi que la puissance publique sache prendre ses responsabilités. Or, je ne suis pas sûr qu'elle ait été au rendez-vous. Nous n'en aurons peut-être pas le temps dans ce cadre, mais de telles questions méritent vraiment un débat et des décisions.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Il ne s'agissait pas, monsieur Bazin, de jeter l'opprobre sur les associations à but non lucratif qui emploient des personnes dans le secteur de l'aide à domicile. La question qu'il faut se poser concerne les moyens donnés à ces associations et la manière dont on peut faire en sorte que les travailleurs aient un vrai statut. En vérité, je crois moyennement au temps partiel choisi dans ces métiers, même si cela doit exister. Si nous avons ce débat aujourd'hui, c'est aussi parce que nous n'avons jamais examiné le fameux projet de loi sur le grand âge, promis six fois et reporté six fois. Il faut enfin des conditions de travail dignes pour ces travailleurs. On peut toujours dire que chacun fait ce qu'il peut, mais on se heurtera à un problème si tout le monde fuit ce secteur parce que les salaires y sont trop faibles. Le virage domiciliaire risque de devenir compliqué si on ne trouve personne.

Mme Monique Iborra (RE). Croyez-vous vraiment que l'on pourrait atteindre les objectifs importants dont vous avez parlé, l'amélioration des conditions de travail et l'augmentation des salaires, avec une expédition punitive ? Vos seules propositions tournent autour de la création de taxes ou contributions. C'est archaïque et c'est une fixation de votre part.

J'ajoute que nous ne vous avons pas attendus. Nous avons travaillé ces questions au cours des cinq dernières années. Certes, nous n'avons pas adopté une loi sur le grand âge mais nous espérons y parvenir et, par ailleurs, nous avons agi. Je pense à l'avenant 43, qui n'est pas encore appliqué par tous les départements : vous pourriez commencer par demander pourquoi, dans vos circonscriptions. Nous avons aussi fait en sorte d'augmenter les salaires et d'introduire des éléments qui devraient

améliorer les conditions de travail. Mais on rencontre un problème de gouvernance. Tout cela ne peut pas se traiter uniquement par des contributions ou des taxes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous sommes tous d'accord sur un point : nous avons besoin d'une vraie politique du grand âge, mais aussi de la perte d'autonomie, qui est mal prise en charge. Nous n'avons pas de grande politique publique dans ce domaine, avant 60 ans ou après. On a créé à la va-vite, il y a deux ans, une cinquième branche qui existait déjà, de fait, dans les budgets sociaux des conseils départementaux. Comme il existe parfois des doublons, une réorganisation mériterait d'être menée.

Parmi les personnes ayant des difficultés d'autonomie, certaines peuvent et veulent travailler et donc peuvent cotiser ; leur dépendance n'est pas absolue. Passé un certain âge, il faut des aides humaines, qu'on ne peut pas sous-payer, mais il faudra aussi des investissements importants dans des aides techniques à domicile ou en centre. J'espère que nous pourrions avoir un débat sur ces questions.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1439 de M. Damien Maudet.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Je voudrais revenir sur l'amendement précédent. Nous n'avons pas d'obsession pour les taxes. Simplement, nous ne pouvons pas créer de nouvelles dépenses. Par ailleurs, il ne faut pas dire n'importe quoi aux aides à domicile en prétendant qu'on a augmenté les salaires et que c'est la faute des départements si l'avenant 43 n'est pas appliqué. Pour une aide à domicile en début de carrière, cet avenant représente 16 euros brut par mois pour un temps plein. Comme il n'en existe pas, cela fait 8 euros brut par mois, soit moins de 6 euros net. Si vous pensez que c'est suffisant, il faudra revoir votre logiciel.

Mme la rapporteure générale. Nous avons besoin, dans le système actuel, des entreprises d'assurance maladie complémentaire, sur lesquelles votre amendement tend à créer une contribution.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1429 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Puisque nous examinons la partie relative aux recettes, cet amendement tend aussi à chercher une recette. Nous proposons une contribution exceptionnelle de 10 % sur les fonds de pension comme BlackRock. Cette contribution serait versée à la Caisse nationale des allocations familiales afin d'apporter un financement pour les assistantes maternelles

Mme la rapporteure générale. Vous avez compris que mon avis sera défavorable à chaque fois qu'un amendement tend à créer une nouvelle contribution. Je vous promets que cela sera un peu différent sur d'autres sujets.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1453 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). La sécurité sociale est importante. Tout le monde en a besoin. Il faut qu'elle puisse fonctionner. Si chacun pense que le système est bloqué, pourquoi ne prendrait-on pas un raccourci en abolissant la sécurité sociale ? Comme nous ne souhaitons pas laisser faire, nous proposons une contribution exceptionnelle de 10 % portant, de nouveau, sur les fonds de pension, cette fois en vue de dégager un financement pour les auxiliaires de vie sociale qui s'occupent des plus fragiles de nos proches, frappés par la vieillesse ou le handicap.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article 6

Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants

Amendement AS140 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'article vise à améliorer l'efficacité du contrôle du recouvrement des cotisations et contributions sociales. Nous approuvons cet objectif mais le texte ne va pas assez loin ; il ne saurait réduire structurellement la fraude aux cotisations sociales – le travail dissimulé représente un coût de 6,8 à 8,4 milliards d'euros par an. La Cour des comptes a proposé d'étendre la mission des aviseurs et de renforcer les moyens dévolus à la lutte contre la fraude dans le réseau des Urssaf.

Nous souhaitons supprimer la disposition selon laquelle, si un donneur d'ordre n'a pas fait l'objet d'annulations de réductions ou d'exonérations depuis cinq années, son plafond de sanctions serait réduit. En effet, il n'est pas question de protéger ceux qui ont recouru au travail dissimulé. Voilà qui permettrait de renforcer la lutte contre la fraude sociale !

Mme la rapporteure générale. Nous sommes d'accord. L'article prévoit un déplafonnement en cas de récidive de fraude. Votre amendement est donc satisfait.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Si je comprends bien, on aligne la situation des bénéficiaires du régime agricole sur les règles du régime général, par exemple en ce qui concerne la durée totale des contrôles, qui ne peut excéder trois mois. Mais les institutions chargées des contrôles bénéficient-elles de moyens suffisants pour les mener à bien dans les conditions définies par l'article ?

M. Arthur Delaporte (SOC). L'alinéa 8 dispose que, lorsque le donneur d'ordre n'a fait l'objet d'aucune annulation de réductions ou d'exonérations depuis cinq années, le plafond mentionné est réduit, si ces montants sont inférieurs à 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale. Il s'agit bien de réduire la pénalité pour celui qui a fraudé. Nous souhaitons au contraire qu'en cas de fraude sociale, les mêmes sanctions s'appliquent à tout le monde. Nous ne voulons pas d'un régime à deux vitesses.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS281 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Contrairement à M. Delaporte, je trouve que l'article 6 va peut-être trop loin. Aux termes de l'alinéa 16, les employeurs qui versent à leurs salariés des sommes autres que des salaires devront les faire figurer dans la déclaration sociale nominative (DSN). Le type de sommes concernées n'est pas précisé ; s'agira-t-il des tickets restaurant, des chèques-cadeaux ? Cela implique une nouvelle charge administrative pour les employeurs. Je propose la suppression des alinéas 15 et 16.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

J'ai bien entendu les inquiétudes des organisations lors des auditions. Les avantages en nature ne sont pas visés puisqu'ils sont exemptés de cotisations et de contributions sociales pour une part et qu'ils intègrent le régime classique de la rémunération pour la part restante. Il s'agit de faire converger les modalités de déclaration des revenus autres que les salaires.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS681 de Mme Géraldine Grangier.

M. Christophe Bentz (RN). De façon injuste, les exploitants agricoles se trouvent assujettis à des cotisations forfaitaires recouvrées par la caisse de Mutualité sociale agricole, quels que soient les revenus qu'ils perçoivent. Ainsi, un exploitant indemnisé au titre du revenu de solidarité active (RSA) doit régler des cotisations sociales forfaitaires supérieures à l'indemnisation sociale qu'il perçoit de la solidarité nationale. Les exploitants concernés se retrouvent dans une position financière intenable. Scandaleuse sur le plan humain, cette situation est une aberration

économique : elle pousse les exploitants agricoles à abandonner leur activité à l'heure où notre souveraineté alimentaire doit constituer une priorité. Il convient de corriger cette disposition.

Mme la rapporteure générale. J'imagine que vous faites référence à l'assurance accident du travail des exploitants agricoles (Atexa), la cotisation forfaitaire applicable à ce que le régime social agricole qualifie de « cotisants de solidarité ». Elle permet à l'exploitant d'être couvert pendant la durée du travail. L'exonération que vous proposez supprimerait cette protection.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je crains que nous ne passions à côté de sujets de débat importants à propos de cet article, notamment les dispositions concernant le transfert aux Urssaf de recouvrements assurés par l'Agirc-Arrco. Le conseil d'administration de cette dernière institution s'est élevé contre cette perspective, rappelant que « *la maîtrise des ressources constitue un levier essentiel de pilotage du régime* » et que, depuis soixante-quinze ans, la gestion des fonds est sensée et responsable. J'espère vous entendre à ce sujet, madame la rapporteure générale. Nous ferons en sorte d'ouvrir ce débat en séance publique.

Mme la rapporteure générale. Nous allons en parler dès l'amendement suivant.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 non modifié.

Article additionnel après l'article 6

Abandon du projet de transfert des cotisations Agirc-Arrco aux Urssaf

Amendements identiques AS242 de M. Thibault Bazin, AS585 de Mme Josiane Corneloup, AS704 de Mme Nicole Dubré-Chirat, AS931 de Mme Isabelle Valentin, AS1200 de M. Olivier Falorni et AS1390 de M. Philippe Juvin.

M. Thibault Bazin (LR). Nous proposons que soient abrogées les dispositions issues de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 qui prévoient le transfert du recouvrement des cotisations Agirc-Arrco au réseau des Urssaf au 1^{er} janvier 2022. Comme la loi lui en donne la possibilité, le Gouvernement a reporté par décret la date de ce transfert au 1^{er} janvier 2023. Demandé par l'ensemble des partenaires sociaux gestionnaires de l'Agirc-Arrco, ce report était justifié par deux types de considérations. Il y avait, d'une part, la charge de trésorerie pour les entreprises, les Urssaf appelant les cotisations plus tôt que l'Agirc-Arrco – le 5 ou le 15 du mois, selon la taille de l'entreprise, au lieu du 25. D'autre part et surtout, des difficultés opérationnelles faisaient courir de sérieux risques au projet.

Or, le décalage d'un an n'a pas permis d'apporter de solutions satisfaisantes à ces difficultés – on nous en a fait part lors des auditions. La capacité des Urssaf à recouvrer correctement n'est pas remise en cause, mais l'enjeu est la question essentielle du lien entre cotisations et droits. Actuellement garanti par l'Agirc-Arrco, ce lien, fondamental en régime contributif, pourrait ne plus être convenablement assuré demain. Séparer le recouvrement du service des pensions, c'est prendre le risque de dérèglements sévères de ce service au détriment des ressortissants du régime.

Prenant acte de ces différents éléments, les partenaires sociaux ont sollicité en juillet dernier l'abandon du projet. La prudence impose son annulation car il emporte des risques majeurs pour les retraités et les cotisants, salariés comme employeurs.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). Le système actuel, dans lequel l'Agirc-Arrco est chargé à la fois du calcul des droits à la retraite et du recouvrement, fonctionne. Que donnera la séparation des deux et le transfert de la seconde mission à l'Urssaf, qui souffre déjà de lourdeurs ? Le report du projet n'a pas semblé suffisant, d'où la proposition de l'abroger.

Mme la rapporteure générale. J'entends vos inquiétudes. Mais le président de l'Urssaf Caisse nationale nous a rassurés lors de son audition. L'an dernier, nous avons reporté d'un an le transfert des cotisations à l'Agirc-Arrco, qui s'inscrit dans un mouvement global confiant à l'Urssaf le recouvrement de différentes cotisations – c'est déjà fait pour certaines, dont celles de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav). L'année 2022 a été mise à profit pour se préparer avec notamment un projet informatique pilote. Il faut faire avancer ce processus d'ensemble.

Avis défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). Je soutiens les amendements. Comme notre collègue Bazin l'a souligné, une cotisation est liée à un droit – cela vaut de la retraite comme de l'assurance chômage dont nous parlions la semaine dernière. S'y ajoute l'enjeu du paritarisme. Le Gouvernement dit être attentif au point de vue des partenaires sociaux, surtout lorsqu'ils sont unanimes. Or, dans cette affaire, tous les syndicats, Medef compris, sont opposés au transfert, qui leur inspire de grandes craintes. Plusieurs entreprises risquent d'être mises en danger par la complexité du dispositif, notamment parce que deux phases de mise en œuvre sont prévues. Le coût est un autre problème : l'Urssaf facturera à 0,1 % le recouvrement des charges au régime Agirc-Arrco alors que le coût réel de gestion de l'Agirc-Arrco est de 0,07 % des sommes concernées.

Le système fonctionne bien. Le transfert ne fait l'objet d'aucune demande des partenaires sociaux. L'étatisation du recouvrement avait été entreprise au moment où votre majorité envisageait un système de retraite universel par points qui ne semble plus d'actualité. L'impréparation est totale. Une réforme des retraites s'apprête à remettre à plat le système. Bref, nul besoin de procéder dans la précipitation.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'Agirc-Arrco est un régime paritaire qui fonctionne. Le recouvrement se fait bien. Personne ne demande cette réforme. Pouvez-vous garantir que, si le transfert a lieu au 1^{er} janvier 2023, il se passera bien ? Vous dites qu'au niveau des logiciels, tout est prêt ; j'aimerais avoir l'assurance de votre part que les Urssaf seront prêtes à recouvrer au 1^{er} janvier.

Mme la rapporteure générale. L'Urssaf gèrera les recouvrements mais les syndicats conserveront leur place dans la gouvernance. L'objectif est de recouvrer mieux et, ainsi, de récupérer 400 millions d'euros. Je n'ai pas de prédisposition pour la voyance ; ce que je peux dire, c'est que l'Urssaf procède déjà à des recouvrements qui se passent bien.

M. Philippe Juvin (LR). Vous avez raison de rappeler que les syndicats participent à la gestion. Mais ce qui nous inquiète est précisément qu'ils aient sollicité l'abandon du projet ou, à défaut, son report.

La commission adopte les amendements.

Après l'article 6

L'amendement AS388 de M. Thibault Bazin est retiré.

Article 7

Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)

Amendements de suppression AS586 de Mme Josiane Corneloup et AS932 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin (LR). Mon amendement a pour objet de pérenniser le système spécifique d'exonération de cotisations et contributions sociales patronales pour l'embauche de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi du secteur agricole (TO-DE). C'est une aide dont nos agriculteurs, notamment saisonniers et en particulier maraîchers, ont besoin. À l'heure où l'on parle de souveraineté alimentaire, nous ne pouvons nous permettre un coût de main-d'œuvre agricole aussi élevé, bien plus qu'en Allemagne, en Espagne et en Italie.

Mme la rapporteure générale. Nous allons débattre du dispositif TO-DE avec les amendements suivants. Ici, ces amendements ont pour conséquence de supprimer le TO-DE : l'article prolonge le dispositif ; il ne faut pas le supprimer.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS236 de M. Thibault Bazin, AS664 de Mme Josiane Corneloup, AS796 de M. Paul-André Colombani, AS1012 de Mme Isabelle Valentin, AS1346 de M. Yannick Neuder et AS1394 de Mme Laurence Cristol.

M. Thibault Bazin (LR). Le nombre d'amendements identiques prouve l'enjeu. Chacun parlera des productions locales qui les motivent ; pour ma part, je viens du pays de la mirabelle. Les saisonniers sont essentiels et le différentiel de coût du travail avec nos voisins européens est marqué. L'article prolonge le dispositif TO-DE jusqu'au 1^{er} janvier 2024 ; c'est bien, mais pas suffisant. Le sujet est récurrent car le problème est structurel et nous n'avons pas trouvé sa solution. Il y va de notre souveraineté alimentaire à un moment où l'on attend des produits locaux de qualité. Nous ne voulons plus dégrader la compétitivité de nos agriculteurs, notamment des producteurs de cultures spécialisées – maraîchage, viticulture, arboriculture, horticulture. Redonnons-leur de la visibilité en pérennisant le TO-DE. La mesure est attendue par tous.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Nous avons cette discussion chaque année au moment de l'examen du PLFSS et, chaque fois, nous prolongeons le TO-DE. Nous proposons que ce dispositif important pour les agriculteurs soit pérennisé.

Mme Isabelle Valentin (LR). On sait l'importance du TO-DE pour nos exploitations et l'ensemble de nos productions. On parle de souveraineté alimentaire mais nous importons plus de 40 % de notre alimentation. Nous avons besoin des saisonniers.

Mme Laurence Cristol (RE). Certes, le dispositif mériterait une évaluation. En attendant, il permet de traiter les enjeux de réduction du coût du travail dans un contexte de concurrence internationale. Il apporte davantage à l'attractivité des employeurs saisonniers que les allègements généraux de cotisations. Les crises économique, géopolitique et climatique qui touchent le secteur agricole et qui continueront de le faire requièrent que l'on donne aux exploitants cette visibilité. L'étude d'impact elle-même indique que le dispositif contribue à « rebâtir une indépendance agricole française », objectif visé par le Président de la République. Faute d'évaluation et après des reports d'année en année, je propose aussi une pérennisation.

Mme la rapporteure générale. J'ai moi-même un intérêt particulier dans le dispositif TO-DE en raison des cerises de ma circonscription, où il y a aussi beaucoup d'horticulture et de maraîchage. Nous y sommes tous attachés. Je suis toutefois défavorable à une pérennisation sans évaluation préalable. Pour permettre cette évaluation, je proposerai de voter la prolongation jusqu'en 2026 que propose le prochain amendement de M. Bazin.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS238 de M. Thibault Bazin, AS559 de Mme Josiane Corneloup, AS906 de Mme Isabelle Valentin et AS1185 de M. Serge Muller, amendement AS237 de M. Thibault Bazin (discussion commune).

M. Thibault Bazin (LR). Compte tenu des propos de la rapporteure, je retire mon amendement AS238, qui prévoyait la pérennisation du dispositif d'exonération jusqu'en 2025, au bénéfice de mon amendement AS237, qui la maintient jusqu'en 2026.

L'amendement AS238 est retiré.

Mme Isabelle Valentin (LR). Je retire également mon amendement au bénéfice de celui de M. Bazin.

L'amendement AS906 est retiré.

M. Serge Muller (RN). Nous proposons une pérennisation jusqu'en 2025. Si l'amendement de M. Bazin est adopté, ce que nous souhaitons, le nôtre tombera !

M. Philippe Vigier (Dem). Il semble en effet préférable de retenir la date la plus éloignée s'agissant de ce débat que nous avons chaque année... depuis des années.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable, comme indiqué à l'instant, à l'amendement AS237.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements identiques AS559 et AS1185 tombent.

Amendement AS190 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). L'embauche d'un salarié occasionnel ouvre droit à exonération des cotisations et contributions sociales à la charge de l'employeur. Ce dispositif, qui devait être supprimé au 1^{er} janvier 2023, perdurera. Mais il convient d'y inclure les tâches réalisées par plus de 20 000 employeurs de main d'œuvre dans les secteurs des travaux agricoles et du paysage.

Mme la rapporteure générale. Avant tout élargissement, il convient de faire une évaluation de l'actuel périmètre. Avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). Les exploitants forestiers continueront à souffrir d'une injustice.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

Après l'article 7

Amendements identiques AS553 de Mme Josiane Corneloup et AS899 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Josiane Corneloup (LR). Il est nécessaire de faire évoluer dès 2023 l'assiette sociale pour permettre aux agriculteurs de cotiser au plus près de la réalité de leurs derniers revenus en optant pour une assiette composée des revenus de l'année. Ces derniers mois, les exploitants agricoles ont en effet été touchés par différents aléas climatiques qui ont des conséquences considérables sur leurs revenus.

Il existe aujourd'hui deux assiettes : l'assiette triennale de droit commun opérant la moyenne des résultats des trois années antérieures ; l'assiette optionnelle permettant de cotiser sur les revenus de l'année précédente. Les exploitants qui ont opté pour le calcul de leurs cotisations sur les revenus de l'année précédente se trouvent pénalisés à chaque « coup dur » par une assiette qui ne correspond pas à la réalité de leurs revenus et qui les conduit à cotiser à titre définitif sur les revenus de l'année précédente, qui peut être une bonne année alors que l'année en cours est déficitaire. Il est nécessaire de leur offrir un outil adapté au plus proche possible de la réalité de l'année. Dans le dispositif proposé, la régularisation porte sur les revenus effectivement réalisés au titre de l'année en cours.

Mme la rapporteure générale. Dans l'hypothèse d'un basculement de l'option de l'année précédente sur l'année en cours, les revenus professionnels agricoles de l'année précédente ne supporteraient aucun prélèvement social. En outre, des mesures ont été prises : depuis 2006, les chefs d'exploitation peuvent bénéficier de la prise en compte de la variation des revenus professionnels pour le calcul des appels provisionnels de cotisations. Le dispositif de l'à-valoir de cotisations est en vigueur depuis 2010.

Avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). L'assiette de cotisation, dans le monde agricole, a connu toutes les variations possibles et imaginables. L'année en cours ne semble pas un bon repère. Lorsqu'elle est bonne, les agriculteurs préfèrent la moyenne triennale afin d'intégrer des années qui le sont moins ; lorsqu'elle est mauvaise, ils préfèrent ne pas intégrer de plus hauts revenus. La moyenne triennale me paraît la plus juste. Une bonne année doit permettre de payer les charges sociales et fiscales de l'année qui la suit.

J'ajoute qu'une évaluation en cours d'année est difficile : des acomptes ayant été versés, une régularisation sera tout de même nécessaire au début de l'année suivante et le problème sera le même. À titre personnel, je suis défavorable à cet amendement.

Mme Josiane Corneloup (LR). Un tiers environ des agriculteurs a opté pour l'assiette permettant de cotiser sur les revenus de l'année précédente. Certes, la modulation des acomptes est possible. Mais l'appel définitif porte forcément sur le revenu de l'année précédente, qui peut avoir été plus élevé que le revenu de l'année en cours.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS400 de M. Thibault Bazin, AS404 de M. Vincent Descoeur, AS588 de Mme Josiane Corneloup et AS934 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à accompagner les entreprises de la production agricole dans ce défi qu'est la souveraineté alimentaire de la France.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS404 est défendu.

Mme Josiane Corneloup (LR). Dans la mesure où les entreprises agricoles subissent de plein fouet la forte augmentation des coûts de production, avec une hausse conséquente du prix des intrants et les réévaluations multiples du Smic, elles ont besoin d'être soutenues à travers la prise en charge par l'État d'une partie des charges sociales des rémunérations versées à leurs salariés.

Mme Isabelle Valentin (LR). Vous savez combien le monde agricole souffre : aléas climatiques, hausse du prix des intrants, main d'œuvre chère, risque de disparition de nombreuses exploitations... J'espère que vous voterez cet amendement transpartisan en faveur d'un secteur qui échappe à toute considération politicienne.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Il n'est pas nécessaire d'étendre le bénéfice de ce dispositif aux coopératives d'utilisation du matériel agricole. Il faut le concentrer là où les travailleurs saisonniers sont les plus nombreux.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS398 de M. Thibault Bazin, AS587 de Mme Josiane Corneloup, AS933 de Mme Isabelle Valentin et AS1210 de M. Serge Muller.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose de passer le seuil de progressivité du dispositif TO-DE de 1,2 à 1,25 Smic. Ceci permettrait de mieux tenir compte de la réalité des rémunérations des travailleurs occasionnels et des demandeurs d'emploi du secteur agricole compte tenu de la tension sur les salaires dans un contexte de *dumping* social de la part de nos concurrents européens – Espagne, Italie et Allemagne.

M. Serge Muller (RN). Les employeurs qui embauchent les travailleurs saisonniers bénéficient d'une exonération totale des cotisations patronales pour les rémunérations inférieures à 1,2 Smic. Cet amendement propose de porter ce seuil à 1,25 Smic afin de mieux prendre en compte la réalité des rémunérations concernées.

Cette mesure est indispensable. Dans les secteurs employeurs de main d'œuvre saisonnière agricole, le coût du travail est un enjeu fondamental de compétitivité face au *dumping* social de nos concurrents européens. En effet, par rapport à la France, le coût employeur est inférieur de 35 % en Espagne, de 68 % en Italie et de 30 % en Allemagne, parce que nous avons des standards sociaux plus élevés. Nous devons les assumer sans laisser pour autant nos agriculteurs en pâture. Si nous voulons continuer à produire en France en restant compétitifs, nous devons alléger ces exonérations.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable à cet amendement qui serait coûteux pour les finances publiques, dont je vous sais soucieux. Je rappelle de surcroît que la rémunération moyenne d'un travailleur saisonnier est d'environ 1,14 Smic.

La commission rejette les amendements.

Article additionnel après l'article 7

Suppression des cotisations retraite pour les médecins en exercice libéral en cumul emploi-retraite

Amendement AS351 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement vise à faciliter le cumul emploi-retraite des médecins libéraux, ce qui est le cas d'un sur dix et d'un quart des psychiatres. Or, ils continuent à payer des cotisations retraite qui n'ouvrent aucun nouveau droit, ce qui constitue un frein à l'activité. Il convient de supprimer cette cotisation, comme cela fut le cas, avec succès, lors de la crise sanitaire du covid-19.

Plus de 12 000 médecins sont en cumul emploi-retraite et, au-dessous de 70 ans, 80 000 d'entre eux sont en retraite. Certains, parmi eux, pourraient renforcer ces vaillantes troupes.

Mme la rapporteure. C'est une question importante pour améliorer l'accès au soin mais je souhaiterais que ce débat ait lieu dans le cadre de la réforme des retraites.

Avis défavorable.

M. Thomas Mesnier (HOR). Lors de la législature précédente, le rehaussement du plafond de 12 000 à 80 000 euros de revenus pour l'application de cette exonération de cotisation a été effectué par voie réglementaire. Il me paraîtrait

intéressant d'évaluer cette mesure, dont je n'ai pas le sentiment que de nombreux médecins aient profité pour poursuivre leur activité.

M. Philippe Vigier (Dem). Deux questions se posent : celle du plafond et celle des cotisations. Compte tenu des difficultés d'accès au soin, un tel dispositif me semble incitatif. Certes, une évaluation serait utile mais l'adoption de cette mesure constituerait un signal fort : nous avons besoin de ces professionnels. Nous voterons cet amendement.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Le rehaussement du plafond à 80 000 euros a été bienvenu. En Corse, où exercent seulement cinq ou six neurologues, cette mesure a permis d'en maintenir un en activité. C'est de la sorte que l'on réduira les déserts médicaux. Il ne faut se priver d'aucun instrument. Je voterai cet amendement.

M. Yannick Neuder (LR). Dans les trois dernières années, près de 20 000 médecins, généralistes et spécialistes, sont partis en retraite. L'adoption d'une telle mesure permettrait de lutter contre la désertification médicale.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le calcul des droits, dans le cadre du cumul emploi-retraite, n'est pas aisé pour les médecins, ce qui limite beaucoup l'activité. Leur situation est d'autant plus injuste qu'ils n'ont jamais compté leurs heures et que leurs honoraires ont été gelés. Après 65, 70 ou 72 ans, ils méritent une telle incitation à la reprise d'activité, loin des tracasseries administratives qui plombent nombre d'entre eux. Nous soutiendrons cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 7

Amendement AS352 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). Des médecins qui cèdent leur cabinet à de jeunes praticiens pourraient continuer à les épauler si leur activité en tant que remplaçants était facilitée. Nous proposons une exonération fiscale limitée en faveur des médecins retraités en doublant quasiment le plafond actuel pour une activité de remplacement. Les jeunes médecins seraient quant à eux rassurés lorsqu'ils veulent s'absenter.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable pour la raison précédemment évoquée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS727 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne s'est pas accompagnée de financements suffisants face aux besoins identifiés dans le rapport Libault de mars 2019 : 6 milliards d'euros par an à partir de 2024 et 9 milliards d'euros à partir de 2030. Afin que le financement de cette branche ne soit pas exclusivement supporté par la CSG, c'est-à-dire par les salariés et les retraités, cet amendement vise à solliciter les employeurs en relevant le niveau de la contribution solidarité autonomie (CSA) de 0,3 % à 0,6 %. Le rendement de la CSA passerait ainsi de 2,1 à 4,2 milliards d'euros par an. Si nous savons comment la sécurité sociale est financée et gérée, le financement de la CNSA doit être lui aussi lisible, or, tel n'est pas le cas.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Le rendement de la CSA est dynamique, notamment grâce aux mesures de soutien en faveur des entreprises prises lors de la crise sanitaire.

M. Jérôme Guedj (SOC). Pendant cette législature, nous ne manquerons sans doute pas d'occasions pour souligner le décalage entre votre volonté de donner plus de moyens au secteur du grand âge et de l'autonomie – je songe en particulier à la médicalisation des Ehpad – et les dispositions effectives des lois de financement, qui s'expliquent par l'absence de marges de manœuvre pour appliquer des propositions consensuelles de la mandature précédente.

Nous n'en serions pas là si les taux cibles identifiés dès 2018 dans le rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Mmes Iborra et Fiat avaient été pris en compte. Dès 2019, Dominique Libault avait annoncé la nécessaire hausse de la trajectoire de financement de la CNSA. Nous perdons du temps. Pour 2023, vous en restez au fléchage de 0,15 point de CSG pour financer la perte d'autonomie, ce qui représente 2,3 milliards d'euros et seulement un tiers du chemin à parcourir. Les amendements proposés permettent d'abonder les ressources de cette branche qui, à ce jour, est trop virtuelle.

Enfin, il ne faut pas oublier que la CSA a été créée suite à l'institution de la journée de solidarité avec les personnes âgées. La hausse proposée par l'amendement n'est pas compensée par un jour férié supplémentaire. Nous assumons, de notre côté, l'augmentation de la contribution des entreprises et le maintien de celle des salariés à un jour travaillé non rémunéré.

La commission rejette l'amendement.

La réunion est suspendue de vingt-deux heures trente à vingt-deux heures quarante.

Amendement AS330 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Nous avons adopté l'amendement AS351, qui étend à l'ensemble des médecins qui cumulent emploi et retraite l'exonération de

cotisation retraite dont bénéficient déjà les médecins de montagne. C'est une bonne mesure qui augmentera le temps médical tout en permettant aux intéressés d'encadrer, pendant les premières années de leur retraite, les médecins qui s'installent. Ils pourront exercer une forme de tutorat bienveillant sans y être de leur poche.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 7

Suppression des exonérations de cotisations sociales patronales pour les entreprises ne respectant pas leurs obligations en matière d'égalité salariale

Amendement AS774 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement vise à supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales aux entreprises qui ne respectent pas leurs obligations en matière d'égalité salariale. Les femmes gagnent 24 % de moins que les hommes. À l'échelle d'une année, elles travaillent bénévolement à partir du début novembre. Qui plus est, 80 % des travailleurs pauvres sont en réalité des travailleuses. L'égalité salariale se faisant attendre, nous proposons d'adopter des mesures dissuasives pour progresser plus rapidement.

Mme la rapporteure générale. J'émet un avis défavorable.

Nous menons depuis cinq ans le combat de l'égalité professionnelle, notamment de l'égalité salariale, et il faut le poursuivre. Nous avons pris de nombreuses mesures, qui figurent plutôt dans le code du travail que dans celui de la sécurité sociale. La présente mesure ne me semble pas un bon moyen d'obtenir des améliorations.

M. Arthur Delaporte (SOC). Notre groupe soutient cet excellent amendement. Nous avons déjà eu des débats à ce sujet lors de l'examen du projet de loi « pouvoir d'achat ». Malgré toutes les bonnes intentions, madame la rapporteure générale, force est de constater que les inégalités salariales persistent. La réalité, c'est que les femmes gagnent 24 % de moins que les hommes. Il faut agir. Saisissons l'occasion pour donner un coup d'accélérateur !

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). À mon tour, je souligne l'intérêt de cet amendement. On nous a reproché tout à l'heure de vouloir ajouter des taxes aux taxes. Pour ma part, je regrette que vous nourrissiez une telle passion pour les exonérations de cotisations, qui causent des dégâts dans le budget de la sécurité sociale. Je propose d'ailleurs que nous nous fixions un objectif national de limitation, voire de réduction des dépenses d'exonération de cotisations. La présente mesure, fondée sur un critère juste, me paraît à propos : elle permettrait de freiner le mouvement permanent en faveur des exonérations tout en luttant contre les inégalités entre femmes et hommes.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). En revalorisant les salaires des femmes à hauteur de ceux des hommes, nous remplirions mécaniquement les caisses de la sécurité sociale. En effet, quand les salaires augmentent, les cotisations aussi. Emparons-nous de la question des salaires : au-delà de l'égalité entre hommes et femmes, nous avons tout à y gagner.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Je remercie Mme Garin et ses collègues d'avoir déposé cet amendement. Il vise à supprimer les exonérations lorsque l'employeur n'a pas conclu d'accord ou adopté de plan relatif à l'égalité professionnelle. Il convient d'accélérer la progression vers l'égalité salariale. En juillet dernier, j'avais voté contre cet amendement. Cette fois-ci, je voterai pour.

Mme Monique Iborra (RE). Je peux comprendre que certains de mes collègues souhaitent voter l'amendement. Honnêtement, je ne pense pas que cela changera la face du monde, et encore moins la situation des femmes. Pour ma part, je ne le voterai pas.

M. Philippe Juvin (LR). Je ne pense pas non plus que cela changera la face du monde. Néanmoins, c'est un petit pas. Je voterai donc l'amendement.

M. Philippe Vigier (Dem). Quelques députés de notre groupe voteront également cet amendement. Les accords relatifs à l'égalité professionnelle sont difficiles à mettre en place, et certains n'en veulent pas. Cette mesure aurait un côté incitatif. Je suis d'accord avec Mme Iborra : cela ne changera pas la face du monde. Mais c'est un petit pas qui a valeur de symbole. Il ne suffit pas de dire les choses, il faut aussi prendre des mesures concrètes.

M. Paul Christophe (HOR). Notre groupe soutiendra cet amendement. Nous reconnaissons que c'est seulement une mesure d'accompagnement des dispositions existantes. Mais faisons ensemble un pas en avant !

M. Thibault Bazin (LR). Il conviendrait de conserver à la mesure un caractère incitatif et d'en garantir la lisibilité, d'autant qu'il n'y a pas d'étude d'impact. La loi de financement s'appliquant dès le 1^{er} janvier, il serait intéressant d'adopter un sous-amendement donnant à l'employeur un délai pour se mettre en conformité avec ses obligations. Il arrive qu'un employeur soit soumis à ces obligations du jour au lendemain en raison du franchissement d'un seuil.

Mme Prisca Thevenot (RE). Derrière les inégalités salariales se cachent les inégalités au moment de la retraite, question que j'ai évoquée dans cette commission il y a quelques semaines. Je suis favorable à l'amendement avec un sous-amendement qui laisserait un temps d'adaptation, comme le propose M. Bazin. Il faut que la mesure soit vue non pas comme un couperet, mais comme une incitation.

M. Yannick Neuder (LR). Je voterai volontiers l'amendement même si l'égalité hommes-femmes ou femmes-hommes aurait gagné à ce qu'on ne recoure pas à l'écriture inclusive dans l'exposé sommaire. (*Exclamations.*)

Mme la présidente Fadila Khattabi. Vous êtes provocateur, monsieur Neuder. N'ouvrons pas un autre débat !

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Il serait bon que nos débats gardent le niveau qui était le leur jusqu'à présent. Je remercie ceux qui s'approprient à voter l'amendement. J'invite ceux qui voudraient le modifier ou le sous-amender à en discuter. Travaillons-y ensemble en vue de la séance publique !

La commission adopte l'amendement.

Article additionnel après l'article 7

Allègement de la fiscalité sur les véhicules mis à la disposition permanente des intervenants à domicile par leur employeur

Amendements identiques AS765 de M. Paul Christophe, AS640 de Mme Josiane Corneloup, AS988 de Mme Isabelle Valentin et AS1297 de Mme Annie Vidal.

M. Paul Christophe (HOR). Mon amendement a pour but d'alléger la fiscalité sur les véhicules mis à la disposition permanente des intervenants à domicile par leur employeur pour qu'ils puissent effectuer leurs tournées au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap. L'objectif est d'accroître l'attractivité des métiers du domicile, particulièrement en tension.

Mme Josiane Corneloup (LR). De même, mon amendement vise à améliorer le pouvoir d'achat de ces salariés de première ligne et à augmenter leur employabilité sans grever les budgets des services d'aide à domicile. Nous savons nécessaire de redonner de l'attractivité aux métiers du service à la personne. L'amendement tend à exclure des bases de cotisations de sécurité sociale et, par conséquent, de la base de revenu imposable les véhicules mis à la disposition des salariés par les structures d'aide à domicile, sans distinction des périodes d'utilisation professionnelles et non professionnelles – cette distinction existe actuellement.

Mme Isabelle Valentin (LR). Nous avons longuement discuté tout à l'heure des services d'aide à domicile, notamment des aides ménagères. Cet amendement vise à redonner du pouvoir d'achat à ces professionnels, dont le salaire est parfois modeste, sans grever le budget des entreprises et des associations d'aide à domicile.

Mme Annie Vidal (RE). Cette mesure favoriserait l'attractivité de ces métiers dont nous avons beaucoup parlé. Cela lèverait un frein à l'employabilité de certaines aides à domicile.

Mme la rapporteure générale. J'ai saisi le Gouvernement à ce sujet. Il travaille à des mesures non fiscales visant à favoriser l'utilisation des véhicules dans le cadre de l'aide à domicile, notamment des facilités de stationnement et la mise à disposition de véhicules électriques. Je rappelle qu'une disposition proche figurant dans la loi de financement pour 2022 a été censurée par le Conseil constitutionnel. La présente mesure subirait probablement le même sort.

Avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Malgré cet appel à la prudence, je propose que nous adoptions ces amendements, mesure de repli par rapport à ce qu'il faudrait faire pour améliorer globalement les conditions des interventions à domicile. Cela ne nous exonère pas d'un travail sur la tarification de ces services. En votant cette disposition, nous enverrions un signal précieux, qui inciterait les employeurs à mettre des véhicules à la disposition permanente de leurs salariés. Je soutiens les initiatives prises par les services et associations d'aide à domicile qui mettent à disposition des véhicules électriques, mais ce n'est pas possible partout, notamment en milieu rural, où il n'y a pas suffisamment de bornes de recharge. Par ailleurs, ce n'est pas l'indemnité kilométrique de 0,35 euro qui peut faire la différence. Toute mesure de soutien à l'utilisation des véhicules par les aides à domicile va dans le bon sens.

M. Philippe Vigier (Dem). Vous avez indiqué, madame la rapporteure générale, que le Gouvernement travaillait à des mesures, outre le dispositif général déjà annoncé de véhicules électriques à 100 euros par mois. Vous connaissez le monde rural aussi bien que moi. Je vois mal comment nous arriverions à mailler prochainement le territoire avec des bornes de recharge, en dépit de réels efforts en ce sens. La mesure proposée vise à soutenir le secteur du domicile. Si nous la votons, rien ne nous empêchera de la modifier l'année prochaine ou dans deux ans. L'important est que ces métiers soient attractifs. Or, force est de constater que l'attractivité n'est pas au rendez-vous.

Mme Caroline Janvier (RE). Je suis favorable à cette mesure. Les services d'aide à domicile ont des difficultés à recruter ou à garder des salariés. Nous avons pris beaucoup de mesures dans le cadre de la dernière loi de financement, mais il reste la question de la rémunération. Même si cela ne résoudra évidemment pas tous les problèmes d'attractivité, des avantages en nature tels que la mise à disposition d'un véhicule peuvent faire partie des mécanismes d'incitation et de reconnaissance des difficultés inhérentes à ces professions.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La question qui se pose est celle de la rémunération et des conditions de travail de ces salariés. Il y a en la matière un problème majeur. Nous n'aurons pas fait le tour de la question en adoptant cet amendement d'autant que ces salariés utilisent parfois leur voiture personnelle.

Vous avez engagé des discussions avec le Gouvernement, madame la rapporteure générale. Si cet amendement pouvait l'aider à prendre la mesure de la situation, ce serait une bonne chose. Nous l'appellerions ainsi à prendre des mesures pour que ces salariés perçoivent une véritable rémunération.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Nous sommes favorables à ces amendements. La question posée est effectivement celle des salaires, mais aussi celle des frais kilométriques remboursés aux aides à domicile. L'an dernier, nos camarades aides à domicile ont d'ailleurs livré bataille pour obtenir une revalorisation de ces frais kilométriques. Lorsqu'on fait ici et là quelques heures à peine rémunérées au

Smic, on peut se demander si cela vaut la peine car le prix de l'essence finit par ronger tout le salaire. Voilà le type de questions que nous devons nous poser : est-il acceptable, dans notre pays, que des gens paient pour travailler ?

M. Arthur Delaporte (SOC). Ces amendements ont le mérite de soulever la question de la compensation des déplacements des aides à domicile. Ces salariés passent leur journée à se déplacer d'un endroit à l'autre, le plus souvent dans leur véhicule personnel. Je rappelle que les amendements traitent seulement des véhicules mis à disposition permanente des intervenants à domicile par leur employeur. Or, le nombre d'employeurs qui mettent des véhicules à disposition est limité. Vu le niveau de l'allocation personnalisée d'autonomie, les petites structures qui gèrent un service d'aide à domicile, qu'il s'agisse de centres communaux d'action sociale ou d'associations, ne sont pas en mesure d'investir et de s'équiper d'une flotte de véhicules. D'autres dispositifs sont nécessaires pour aider les aides à domicile à se déplacer, sans que ce soit pénalisant pour ces salariés et pour leurs patients.

Mme la rapporteure générale. La disposition sera probablement jugée non constitutionnelle. Il conviendrait effectivement d'améliorer les conditions de travail de ces professionnels, notamment de favoriser leur mobilité. Je suggère de retirer les amendements et de les déposer à nouveau en séance publique. Nous verrons ainsi quels sont les engagements du Gouvernement en la matière et quelles avancées réelles peuvent être envisagées. Si la mesure est censurée par le Conseil constitutionnel, nous nous serons fait plaisir à peu de frais.

*La commission **adopte** les amendements.*

Après l'article 7

Amendements identiques AS5 de M. Thibault Bazin, AS333 de M. Philippe Juvin et AS1019 de Mme Violette Spillebout.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement AS5 vise à sécuriser le régime social dérogatoire dont bénéficient les Junior-Entreprises en codifiant ce régime dans le code de la sécurité sociale, ce qui reviendrait à lui conférer une valeur législative. Pourquoi présentons-nous cet amendement maintenant ? Parce qu'un certain nombre de Junior-Entreprises reçoivent continuellement des mises en demeure et des injonctions de paiement relatives au prélèvement à la source, avec une date butoir à la fin de l'année 2022. Or, dans le cas de Junior-Entreprise, il n'y a pas de lien de subordination, qui est le critère principal du salariat. La Junior-Entreprise n'est pas l'employeur, l'étudiant ne recevant pas d'ordre ni de directive ; l'intervenant est membre de l'assemblée générale ; l'étudiant n'est pas soumis à des horaires de travail et organise son temps comme il le souhaite ; il ne fait pas l'objet d'un contrôle à proprement parler de la part de la Junior-Entreprise ; il n'y a pas de sanction lorsqu'il se trompe dans l'exécution de sa mission.

Nous sommes dans un moment clé où il est nécessaire d'apporter une sécurité aux Junior-Entreprises. Celles-ci permettent à des étudiants de monter en

compétences et, souvent, de bénéficier d'une promotion sociale. En adoptant cet amendement, nous montrerions notre attachement à la jeunesse et nous adresserions un encouragement à tous les jeunes qui prennent leur place dans le monde du travail grâce aux Junior-Entreprises.

M. Philippe Juvin (LR). On associe souvent les Junior-Entreprises aux grandes écoles. Or, 50 % des Junior-Entreprises se trouvent désormais en dehors des grandes écoles et se développent dans les universités. C'est une raison supplémentaire de conforter leur régime dérogatoire et de mettre fin à l'ambiguïté juridique qui les fragilise. Nous stabiliserions ainsi un dispositif qui a fait ses preuves.

Mme Violette Spillebout (RE). Mon amendement vise à clarifier le régime social dérogatoire dont bénéficient les Junior-Entreprises. L'objectif est de soutenir les Junior-Entreprises, qui mettent le pied à l'étrier à de nombreux jeunes et leur offrent une première expérience professionnelle. C'est l'occasion pour eux de se former et de se frotter à la vie professionnelle tout en étant encadrés.

L'amendement a été cosigné par une cinquantaine de collègues. Dans chacune de nos circonscriptions, nous avons été sollicités par des Junior-Entreprises – je pense pour ma part à celles de la *School of Knowledge, Economy and Management* (SKEMA), de l'Institut d'administration des entreprises (IAE) et de l'école des Hautes études d'ingénieur (HEI). Tantôt les Urssaf appliquent l'exonération de cotisations, tantôt elles réclament le versement de cotisations à taux plein. Il est absolument nécessaire de légiférer pour un statut protecteur et de garantir la continuité de leur activité.

Mme la rapporteure générale. Il n'y a pas d'ambiguïté, monsieur Juvin : les Junior-Entreprises ont un régime, défini notamment dans des arrêtés. Je comprends, en revanche, l'intérêt qu'il y aurait à l'inscrire dans la loi. Nous devons effectivement avancer pour les quelque 200 structures et 25 000 personnes concernées. Toutefois, les amendements, tels qu'ils sont rédigés, supprimeraient toute affiliation à un régime. Autrement dit, les intéressés ne bénéficieraient plus d'aucune protection.

J'émet donc un avis défavorable sur les amendements. Je vous propose de les retirer et de les récrire pour la séance publique.

M. Thibault Bazin (LR). C'est effectivement un sérieux bémol. Nous avons un délai contraint, jusqu'à lundi prochain, pour déposer des amendements en séance publique. Je retire mon amendement en espérant que vous pourrez nous communiquer d'ici à lundi des éléments nous permettant de rédiger dans les meilleures conditions.

M. Philippe Juvin (LR). Je suis du même avis que M. Bazin.

Mme Violette Spillebout (RE). Je retire mon amendement. Je souhaite que nous puissions en présenter une version modifiée en séance publique, pour atteindre notre objectif.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS469 de M. Max Mathiasin.

M. Paul-André Colombani (LIOT). La mesure vise à soutenir la filière bâtiment et travaux publics (BTP) dans les départements d'outre-mer. Ces territoires en ont besoin, compte tenu de la gravité de la crise, de l'augmentation du prix des matières premières et du ralentissement de la construction de logements intermédiaires dû à l'arrêt prochain de la défiscalisation Pinel-DOM.

Mme la rapporteure générale. Les entreprises du BTP bénéficient déjà du barème dit de compétitivité du dispositif Lodeom résultant de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer. Nous pouvons maintenir le dispositif en l'état.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS478 de M. Max Mathiasin.

M. Max Mathiasin (LIOT). Afin de mieux se structurer face à leurs concurrentes internationales, d'innover et d'assurer la montée en gamme de leurs productions, les entreprises ultramarines ont besoin d'embaucher et de conserver leurs personnels les plus performants. Il leur faut élever les niveaux de qualification des personnels et recruter à des niveaux plus élevés.

Cet amendement vise en conséquence à rehausser les seuils de début de dégressivité et de sortie du régime des exonérations de cotisations sociales patronales applicables aux entreprises domiennes dans le cadre du dispositif dit de compétitivité renforcée. Le seuil de début de dégressivité linéaire serait porté de 2 Smic à 2,2 Smic et le point de sortie passerait de 2,7 Smic à 3 Smic.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

La Lodeom prévoit un dispositif de compétitivité renforcée incluant une exonération totale de cotisations jusqu'à 2 Smic et une exonération dégressive jusqu'à 2,7 Smic, qui touche 214 000 entreprises pour un total de 1,2 milliard d'euros.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS467 de M. Max Mathiasin.

Amendement AS1225 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il existe nombre de thérapies non médicamenteuses validées par la Haute Autorité de santé mais pas prises en charge par la sécurité sociale. Elles peuvent toutefois l'être par les mutuelles. Afin de soutenir le virage préventif, il serait bon d'appliquer une fiscalité spécifique à ces actes thérapeutiques ; je pense à l'activité physique adaptée, à la diététique – à tout ce qui contribue à lutter contre les maladies chroniques.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable. Cela compliquerait trop la fiscalité dans ce domaine.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Peut-être, mais cela améliorerait aussi la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Il faut savoir ce que l'on veut !

M. Jérôme Guedj (SOC). Tout le monde s'accorde à dire que les politiques de lutte contre la sédentarité sont un levier essentiel des politiques de prévention, particulièrement s'agissant de la perte d'autonomie. Si l'on reconnaît la pertinence des activités physiques adaptées et de la diététique – je pense au plan dit antichute des personnes âgées présenté l'année dernière –, il n'existe cependant aucun outil adapté de financement. Or, des organismes complémentaires d'assurance maladie acceptent de prendre en charge une partie de ces interventions. Pour être crédible, il faut soit financer celles-ci directement grâce au fonds national de prévention, soit aider les acteurs concernés, notamment mutualistes. Mais on ne peut pas continuer à sauter sur sa chaise comme un cabri en disant « Prévention ! Prévention ! Prévention ! » sans prendre aucune mesure opérationnelle ! C'est d'ailleurs la même chose pour le sport santé. Je soutiens l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1448 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Dans un contexte où il y a dix-sept fois plus de personnes privées d'emploi que d'offres d'emploi disponibles, et sachant que le passage de 39 heures à 35 heures a permis de créer 35 000 emplois, le présent amendement devrait plaire aux défenseurs du plein emploi. Nous proposons une expérimentation dans six départements : les employeurs embauchant des salariés pour 32 heures payées 35 seraient exonérés de cotisations sur les trois heures en question. (*Exclamations.*) Une telle expérience a déjà été menée avec succès par un grand groupe lyonnais de haute technologie, prédominant dans sa branche ; son directeur a souligné qu'elle a entraîné une hausse de la productivité, une diminution de l'absentéisme et une amélioration de l'état de santé général des salariés. Étant conscients qu'un seul exemple ne peut faire loi, nous proposons une expérimentation à plus grande échelle pour en tirer les enseignements.

Mme la rapporteure générale. En tant que rapporteure générale, il m'est difficile d'accepter un amendement dont la logique menace le financement même de notre protection sociale !

Avis très défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). La semaine dernière, Mme Panosyan-Bouvet vantait les mérites de la social-démocratie. Or, les 32 heures sont un objectif qui ne date pas d'hier et qui est défendu par tous les sociaux-démocrates d'Europe. Si nous sommes pour la réduction du temps de travail, c'est qu'elle permet des gains de productivité. Cela devrait nous inciter à réfléchir et à prendre des mesures de ce type, expérimentales et fondées sur le volontariat. Ce ne sera que du positif pour les salariés comme pour les entreprises. Aidez-nous donc à créer ce dispositif qui assurera une meilleure santé aux travailleurs !

M. Philippe Vigier (Dem). Il est vrai que la réduction du temps de travail a toujours été le dada des socialistes. Aurais-je la cruauté de rappeler que l'application des 35 heures au milieu hospitalier, lorsque Martine Aubry était ministre des affaires sociales, a engendré 6 millions d'heures supplémentaires ? Ce sont les hôpitaux qui ont été les plus malmenés par cette réforme.

Dans l'exposé des motifs, il est affirmé, une fois encore, qu'il y a dix-sept fois plus de chômeurs que d'offres d'emploi. Notre collègue Louis Boyard serait-il passé par là ? Lors des débats sur le projet de loi relatif au marché du travail, la semaine dernière, je lui avais fait remarquer que sa démonstration n'était guère convaincante et le rapporteur Marc Ferracci avait fait une mise au point très claire. Faudra-t-il la réitérer ?

Vous affirmez que la réduction du temps de travail permet des gains de productivité. Si c'était aussi simple que cela, s'il suffisait de partager le gâteau pour créer des emplois, cela se saurait ! Nous ne vous aiderons pas – d'autant que proposer une telle mesure au détour de l'examen d'un projet de loi de financement paraît pour le moins incongru.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Quand j'évoquais le modèle scandinave, je faisais référence à la flexisécurité et au fonctionnement du marché de l'emploi et de l'assurance chômage. Certainement pas à la réduction du temps de travail !

M. Jérôme Guedj (SOC). On sent, à travers les sourires narquois et les expressions dubitatives, que la question de la réduction du temps de travail provoque des réflexes pavloviens. Pourtant, le dispositif proposé, par sa dimension expérimentale et son caractère volontariste, répond aux interrogations. Si ça marchait, ça se saurait ? Eh bien, la preuve du pudding, c'est qu'on le mange : essayons donc !

M. Philippe Vigier (Dem). On a essayé ! Je vous renvoie aux accords Robien.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement, tout en limitant l'expérimentation à quelques départements et aux entreprises volontaires, permet de garder présent à l'esprit qu'historiquement, la tendance est à la réduction du temps de travail. Certaines entreprises considèrent que la semaine de quatre jours – d'ailleurs pas forcément liée à la réduction du temps de travail et qui peut être associée à du télétravail – permet des gains de productivité et améliore la qualité de vie au travail. On ne peut pas juger une proposition de cette nature à travers le seul prisme des lois Aubry, quelles qu'en soient les forces et les faiblesses – que personne ne nie. Vous ne cessez de vanter les vertus de l'expérimentation. Vous avez là une proposition plutôt raisonnable. Faites preuve d'un peu d'audace !

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). S'agissant du financement, l'amendement prévoit une compensation. L'expérimentation sera limitée au 31 décembre 2023. Si l'on envisage de prolonger ou d'étendre le dispositif, il sera toujours temps d'en discuter.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). L'expérimentation étant limitée dans le temps et dans l'espace, on ne prend pas grand risque ! L'entreprise LDLC est passée à la semaine de quatre jours et aux 32 heures, et il semble que cela fonctionne plutôt bien. Je ne comprends pas : quand on baisse les charges et qu'on supprime des impôts alors qu'il n'existe aucune preuve que cela marche, vous trouvez cela normal. Quand on suggère les 32 heures, ça vous fait rire.

La commission rejette l'amendement.

Article 8

Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac

Amendements de suppression AS350 de M. Philippe Juvin et AS390 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Mon collègue Philippe Juvin et moi proposons de supprimer l'article 8 par lequel le Gouvernement veut augmenter à nouveau le prix du tabac. Les buralistes, forts de leur maillage territorial de 23 500 points de vente, sont des acteurs de proximité. Ce sont les seuls habilités à distribuer les produits du tabac dans le cadre d'un contrat de gérance avec l'État qui en fait des préposés de l'administration. Depuis 2018, ils ont engagé une transformation de leurs points de vente. Dans le même temps, le prix du tabac a augmenté de près de 50 %. Le premier confinement a été un révélateur. Plus de 30 % des cigarettes consommées en France ont été achetées en dehors du réseau des buralistes. La proportion est encore plus élevée dans les zones frontalières, notamment en Lorraine, et elle atteint 40 % près de chez moi. Plus on augmente les taxes, plus le marché parallèle se développe. On n'a pas trouvé de méthode efficace contre la contrebande. Alors que le pouvoir

d'achat des Français diminue, il me semble important de ne pas modifier la fiscalité sur le tabac et de privilégier la démarche entreprise à l'échelon européen.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

L'objectif de cet article est de renforcer la prévention. L'augmentation du prix du paquet de tabac, accélérée durant le dernier quinquennat pour arriver aux alentours de 10 euros, a provoqué une diminution du nombre de consommateurs. Nous voulons continuer à faire évoluer la fiscalité, à la fois dans cet objectif de prévention et pour l'adapter à l'inflation. Si nous supprimons cet article, par rapport aux autres denrées, le paquet de tabac coûtera proportionnellement moins cher. C'est un problème.

Vous avez raison, les buuralistes jouent un rôle de proximité important ; ils accompagnent beaucoup de gens, notamment en zone rurale. C'est pourquoi, depuis cinq ans, l'État soutient la transformation du métier. On commence à en voir les résultats. Il faut poursuivre cet effort. Mais ne supprimons pas l'article !

M. Arthur Delaporte (SOC). Le tabac, responsable de 75 000 décès par an, est la première cause de mortalité évitable en France. Certes, la fraude a explosé et il conviendrait de lutter plus efficacement contre elle en y accordant les moyens nécessaires. Mais cela relèverait d'un autre amendement. Contrairement à ce que vous dites, l'article 8 n'augmente pas le prix du tabac ; il se contente de l'indexer sur l'inflation. En conséquence, vos amendements reviennent à baisser le prix relatif du paquet de cigarettes. Est-ce votre intention ? Notre objectif, à nous, est de poursuivre une politique de santé publique qui a produit ses fruits. La suppression de cet article serait un mauvais signal.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Je donne quelque crédit à l'argumentation de notre collègue Thibault Bazin. Le rapport Woerth-Park l'a montré : plus le prix augmente, plus la contrebande s'accroît. Les fumeurs se fournissent auprès de marchés parallèles. Quant aux buuralistes, vous prétendez vous y intéresser mais je vous rappelle qu'un protocole d'accord doit être signé le 31 janvier et qu'ils n'ont toujours reçu aucune réponse de la part du Gouvernement. Ce qu'ils demandent, ce n'est pas la baisse du prix du tabac. C'est un meilleur accompagnement et davantage de respect.

M. Philippe Vigier (Dem). J'abonderai dans le sens de la rapporteure générale. Le tabac est la première cause de mortalité évitable et l'article 8 ne vise qu'à tenir compte de l'inflation. En outre, un plan important d'accompagnement des buuralistes est en place depuis quatre ans, ce qui n'était pas le cas auparavant. Quant à la contrebande depuis les pays limitrophes, nous avons proposé, il y a quelques années, une mesure qui n'a pas abouti : la traçabilité de la fabrication, notamment au moyen de codes-barres indiquant la provenance. Nous nous étions heurtés à l'époque à l'opposition de nos voisins, notamment la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne – notre collègue Joël Aviragnet pourrait ajouter l'Espagne et Andorre.

M. Joël Aviragnet (SOC). C'est vrai.

Mme Annie Vidal (RE). Il a été démontré que le prix du tabac avait un effet direct sur la prévalence du tabagisme. Notre premier objectif doit être la lutte contre ce dernier, et cela passe par l'augmentation du prix du paquet de cigarettes. Si l'on ne fait rien, mécaniquement, le prix relatif du tabac va baisser. Nous devons poursuivre le travail de longue haleine que nous avons entrepris.

M. Thibault Bazin (LR). À aucun moment, je n'ai remis en question le lien entre tabac et santé ni la pertinence des politiques publiques de prévention contre le tabagisme. Nous connaissons tous dans notre entourage des victimes du tabac. Cela étant, il existe des enjeux liés à la trajectoire d'augmentation massive des prix engagée il y a cinq ans. D'abord, si un plan d'accompagnement, doté d'un fonds dédié, a été lancé, le rendez-vous fixé à cet automne a été reporté alors même qu'on fait évoluer les prix. Cela provoque l'inquiétude des buralistes. Il faut poursuivre les négociations et respecter les engagements pris. Il serait bon, madame la rapporteure générale, que vous relayiez cette demande auprès du Gouvernement.

Il serait nécessaire d'harmoniser la fiscalité à l'échelle européenne et de se doter de moyens efficaces contre la contrebande. Celle-ci se développe ; récemment encore une usine clandestine a été démantelée en Seine-et-Marne. De même qu'il y a un lien entre consommation de tabac et développement de certaines maladies, il y en a un entre hausse de la fiscalité et essor du marché parallèle ; or, celui-ci écoule des produits dont la qualité laisse à désirer, ce qui est encore plus dangereux. Des buralistes m'ont dit qu'à la suite du confinement, la consommation de tabac avait augmenté de 40 %, les gens allant se fournir au Luxembourg. C'est un phénomène qu'il faut prendre en considération.

Mme Caroline Janvier (RE). Je rappelle que nous examinons le budget de la sécurité sociale. À ce titre, nous décidons des politiques de santé publique, notamment en matière de prévention. Notre objectif premier doit être la réduction du tabagisme. Or, notre collègue Annie Vidal l'a dit, la hausse des prix des produits du tabac est un des facteurs qui font baisser la consommation. Cela ne nous empêche nullement de travailler par ailleurs sur d'autres aspects, comme la lutte contre la contrebande ou l'accompagnement des buralistes pour qu'ils développent d'autres activités. C'est ce que je fais dans ma circonscription.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS1134 de M. Charles de Courson et AS1224 de M. Victor Catteau.

M. Charles de Courson (LIOT). L'année dernière, j'avais essayé de lancer un débat sur le tabac à chauffer comme produit de substitution et élément d'une politique de santé publique permettant de réduire les effets nocifs de la cigarette. Le problème, c'est que fiscalement, contrairement à ce qui se passe dans la plupart des pays européens, le tabac à chauffer ne relève pas d'une catégorie particulière mais se

trouve inclus dans une case fourre-tout. Je proposais de créer une catégorie fiscale dédiée. Le Gouvernement avait jugé l'idée intéressante. Il a fini par la retenir puisque l'article 8 crée cette catégorie.

Toutefois, le Gouvernement a retenu comme assiette fiscale le stick. Or, s'il n'en existe actuellement en France qu'un seul type, les produits se diversifient rapidement et il se peut qu'apparaissent des sticks rechargeables ou de formats différents. C'est pourquoi je propose de prendre en considération le poids plutôt que le stick. Notre collègue Philippe Juvin, qui est médecin, a cosigné l'amendement.

M. Victor Catteau (RN). Mon amendement tend à combler une potentielle faille dans la taxation du tabac à chauffer en remplaçant la taxation à l'unité par une taxation au poids. S'il n'existe en France qu'un seul produit de tabac à chauffer, avec un format unique, l'industrie du tabac a déjà commercialisé des produits aux formats différents dans d'autres pays. S'ils pénétraient notre marché, ces nouveaux produits, plus gros ou utilisant du tabac en vrac, seraient faiblement taxés, puisqu'un produit contenant dix grammes de tabac se verrait appliquer la même taxe qu'un produit contenant un gramme. La taxation à l'unité n'a aucun sens, ni du point de vue sanitaire, ni du point de vue fiscal. Elle ne peut qu'inciter l'industrie du tabac à commercialiser de nouveaux produits.

Mme la rapporteure générale. Ces amendements comprennent deux volets. S'agissant de la définition du tabac à chauffer, je suis opposée à tout changement parce que celle retenue à l'article 8 est celle de l'Organisation mondiale de la santé et des États membres de l'Union européenne qui ont déjà intégré le tabac à chauffer dans leur législation.

En revanche, vous avez raison, comme on ne sait pas sous quelle forme le tabac à chauffer sera vendu dans les années à venir, peut-être serait-il pertinent de prendre en considération le poids. Cependant, pour l'heure, le tabac à chauffer est vendu sous forme de sticks. Je vous propose de retravailler le sujet en vue du dépôt en séance publique d'un amendement visant à taxer stick et poids.

M. Charles de Courson (LIOT). Je ne pense pas que ce soit une bonne chose d'attendre. Votre système alternatif n'est pas adapté à l'évolution du marché. Les autres pays d'Europe taxent au poids car il y a déjà plusieurs types de sticks chez eux. On va créer aux frontières le même problème qu'avec les cigarettes, dont à peu près le tiers provient de l'étranger. La solution serait l'harmonisation européenne que j'appelle de mes vœux depuis près de vingt ans. Une réforme des droits d'accises est en chantier. Pourquoi ne pas prendre tout de suite comme base le poids plutôt que le stick ?

Mme la rapporteure générale. Il ne s'agit pas d'un système alternatif : ce serait stick et poids en même temps pour une entrée en application le 1^{er} mars. L'échéance n'est pas si lointaine.

M. Jérôme Guedj (SOC). Les observations de M. de Courson sont toujours judicieuses. J'y adhère sur le principe. J'aimerais également vous alerter sur le fait que le prix de vente du tabac à chauffer est significativement inférieur – de près de 30 %, si je ne me trompe pas – à celui du tabac classique. Par ailleurs, à moins que des évolutions récentes m'aient échappé, ces paquets ne sont pas soumis à la réglementation applicable aux paquets de cigarettes normales. Il faudra peut-être que nous nous efforcions, le moment venu – peut-être pas dans le cadre d'un projet de loi de financement –, de soumettre toutes les formes de tabac, y compris le vapotage dont certains sont fêrus, à l'obligation du paquet neutre avec les informations de santé publique un peu effrayantes qui figurent sur les paquets classiques.

M. Charles de Courson (LIOT). Je ne comprends pas bien le « en même temps » de Mme la rapporteure générale. Comment la taxation peut-elle être alternative ? C'est soit le poids, soit le stick !

Mme la rapporteure générale. Ces produits sont actuellement vendus sous la forme de sticks : ils sont donc taxés à l'unité. Lorsqu'ils seront vendus au poids, ils seront taxés au poids.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Les sticks ont un poids : ils pourraient donc être taxés au poids.

M. Charles de Courson (LIOT). Du fait de la diversification de ces produits, il existe des sticks de poids différents. C'est pourquoi le « en même temps » n'est pas applicable en l'espèce.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Monsieur de Courson, acceptez-vous de retirer votre amendement ?

M. Charles de Courson (LIOT). On peut toujours retravailler les choses. Mais ne préférez-vous pas adopter mon amendement en attendant l'avis du Gouvernement ? (*Rires.*)

Mme la présidente Fadila Khattabi. La rapporteure générale vous propose vraiment de retirer votre amendement pour le retravailler.

M. Charles de Courson (LIOT). Voulez-vous dire, madame la présidente, que c'est une proposition honnête ? Pourquoi pas ? On peut toujours retravailler les choses, nous verrons bien si nous arrivons à un compromis.

M. Victor Catteau (RN). Nous sommes une opposition constructive. Si nous pouvons travailler ensemble, nous le ferons.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS396 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit d'un amendement de repli, de compromis, de « en même temps ». Dans le cadre d'un plan de transformation, il a été décidé d'augmenter de 50 % le prix du tabac entre 2017 et 2021, avec l'engagement de ne pas modifier la fiscalité en 2021. Aussi proposons-nous d'indexer et de plafonner le tarif et le minimum de perception des produits du tabac sur l'inflation prévue pour la seule année 2022, et non sur le cumul des deux années 2021 et 2022.

Pour être très concret, l'inflation hors tabac s'est établie à 1,6 % en 2021. Elle est prévue à 5,4 % en 2022. C'est une hausse des prix cumulée de 7,09 % pour les deux années. Si nous retenons uniquement l'inflation de 2022 – une hausse des prix de 5,4 %, donc –, nous conservons une grande partie du dispositif imaginé par le Gouvernement mais nous ne revenons pas, de manière rétroactive, sur les engagements pris auprès de la profession.

Mme la rapporteure générale. Je rappelle qu'il est important d'adapter le prix du tabac au niveau d'inflation. Faire de 2021 une année blanche ne me convient pas.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). La prise en compte rétroactive de l'inflation de 2021 serait injuste pour les buralistes auprès desquels nous avons pris des engagements et qui attendent d'ailleurs le futur protocole. Lors de l'examen de la précédente loi de financement, nous avons bien rappelé cet accord prévoyant une hausse de 50 % du prix du tabac entre 2017 et 2021, cette dernière année devant être blanche.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 8 non modifié.

Après l'article 8

Amendement AS353 de M. Philippe Juvin.

M. Yannick Neuder (LR). En France, les ventes de tabac ont baissé de 8 % par rapport à 2021. En revanche, il est un phénomène qui a continué de progresser : c'est celui des achats frontaliers de tabac. Alors qu'il faut 600 millions de cigarettes pour répondre à la demande des fumeurs luxembourgeois, les cigarettiers en livrent chaque année plus de 3 milliards au Luxembourg. On estime qu'entre 30 % et 35 % de la consommation de tabac en France vient du commerce parallèle, pour l'essentiel alimenté par les fabricants de tabac. Si l'État perd chaque année entre 3 et 5 milliards d'euros de recettes fiscales, les 23 500 buralistes français perdent, quant à eux, 400 millions d'euros de chiffre d'affaires.

Pourtant, une solution existe. C'est l'objet de l'amendement AS353 qui vise à mettre en œuvre les quotas de livraison de tabac prévus par l'article 7 du protocole de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Ratifié par la France à l'automne 2015 après les votes unanimes de l'Assemblée Nationale et du Sénat, puis ratifié par l'Union européenne en 2016, ce texte est entré en vigueur en 2018. Il peut être mis en œuvre à compter de 2023. Avec ce système des quotas, les cigarettiers ne pourraient plus livrer chaque année que 600 millions de cigarettes au Luxembourg, et non 3 milliards. En revanche, ils devraient livrer en France quelque 45 milliards de cigarettes, et non 33 milliards comme aujourd'hui, ce qui permettrait de récupérer les recettes fiscales afférentes.

Il est proposé que la France montre l'exemple dès 2023, la hausse des livraisons de cigarettes étant dans un premier temps prise en charge par les fabricants de tabac qui assureraient l'avance de trésorerie, notamment pour les buralistes, en attendant que le protocole de l'OMS soit intégré à la nouvelle directive sur les produits du tabac dont la révision commence à Bruxelles dans quelques mois.

Mme la rapporteure générale. Le système que vous proposez paraît complexe et peu compatible avec les règles européennes. Par ailleurs, il ne réglerait sans doute pas les difficultés liées au marché parallèle. La révision en cours de la directive de 2011 sur les produits du tabac semble un cadre plus adapté.

Avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). La contrefaçon ne représente que 1,9 % du commerce parallèle de tabac. Cela signifie que 98,1 % de ce dernier sort de nos usines.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS364 de M. Philippe Juvin.

M. Yannick Neuder (LR). Le tabac entraîne chaque année la mort de 73 000 personnes en France, 700 000 en Europe et 8 millions dans le monde. Selon les chiffres communiqués par le Gouvernement, la consommation des produits de tabac représente un coût de 20 à 26 milliards d'euros pour l'assurance maladie alors que les recettes fiscales se situent entre 13 et 14 milliards. Redisons-le : le tabac coûte beaucoup plus cher qu'il ne rapporte.

Le coût des maladies liées au tabac est à la charge des fumeurs, mais aussi des non-fumeurs. S'il n'est évidemment pas question de revenir sur l'un des fondements de la solidarité nationale, il n'est pas acceptable que les fabricants de tabac soient exonérés de la prise en charge financière des conséquences de la nocivité maintes fois établie des produits qu'ils commercialisent. L'amendement AS364 vise à ce que les fabricants de tabac ne puissent plus bénéficier financièrement d'une hausse de prix motivée par des raisons de santé publique, comme c'est le cas lorsqu'on augmente seulement le minimum de perception. Dès lors, il convient d'augmenter aussi le droit d'accise dans les mêmes proportions.

Mme la rapporteure générale. Les hausses de prix passent généralement par une hausse des droits d'accise : elles bénéficient davantage à la sécurité sociale qu'aux fabricants de tabac.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS847 de M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Le tabac est historiquement moins cher en Corse. Mais il est prévu depuis 2017 de rattraper la différence entre les taux appliqués sur l'île et ceux en vigueur sur le continent en étalant les hausses sur plusieurs années. Or, en 2023, les buralistes subiront deux augmentations : ils devront absorber à la fois la hausse correspondant à l'inflation votée dans le cadre du présent projet de loi de financement et la hausse de rattrapage déjà prévue. Par mesure de justice, l'amendement AS847 vise donc à accorder aux entreprises du secteur du tabac en Corse un peu plus de temps pour faire face à ces augmentations cumulatives, en repoussant de deux ans la prochaine échéance des hausses de rattrapage prévues en décembre 2022.

Mme la rapporteure générale. L'article 8 prévoit d'adapter la trajectoire de convergence fiscale entre la Corse et l'Hexagone en matière de droits d'accise pour éviter toute hausse trop brutale. Avis défavorable.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cette situation propre à la Corse est injuste pour la cinquantaine de buralistes que nous allons mettre en danger dans les territoires ruraux. Ils subiront une double augmentation des prix puisque la hausse liée à l'inflation s'ajoute à la hausse de rattrapage – à moins d'un mécanisme de compensation.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS463 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Après avoir beaucoup parlé de tabac, je vous propose d'évoquer la deuxième cause de mortalité évitable dans notre pays : l'alcoolisme, responsable de 49 000 décès chaque année. L'amendement AS463, qui va peut-être faire ruer dans les brancards, vise à soumettre les bières aromatisées à une taxe spécifique. Ces bières, dont le conditionnement et les arômes ciblent directement les jeunes consommateurs, se développent considérablement puisqu'elles représentent désormais 12 à 15 % du marché. Chacun sait que la consommation et l'addiction précoces à l'alcool constituent un facteur de risque. C'est la raison pour laquelle le législateur avait jugé pertinent, en 1996, de soumettre à une taxe comparable les prémix, ces mélanges d'alcool fort et de boissons gazeuses très sucrées.

Compte tenu de l'alcoolisation précoce des jeunes, des ravages du *binge drinking* et de ses conséquences sur la sécurité routière, nous proposons de décourager par une taxe la consommation de bières aromatisées. Nous visons ici un objectif dissuasif – la taxe sur les prémix, dont nous nous inspirons et qu'un amendement d'Audrey Dufeu au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a d'ailleurs étendue aux prémix composés à partir de vin, est considérée à très faible rendement. Nous prévoyons toutefois une exonération pour les bières produites par des brasseries artisanales et s'appuyant sur des arômes rappelant un produit traditionnel local tel que la châtaigne, la fleur ou le génépi.

Mme la rapporteure générale. Je vous remercie d'avoir rappelé que nous avons récemment étendu la taxation des prémix à l'initiative de notre ancienne collègue Audrey Dufeu. De nombreux amendements portant création de nouvelles taxes comportementales ont été déposés. À l'heure où nous avons tous envie d'améliorer la prévention, j'invite notre commission à engager sur cette question un travail commun, qui pourra éventuellement déboucher sur des mesures fiscales, plutôt que d'adopter des amendements individuels visant à régler les problèmes au coup par coup.

Je donnerai donc un avis défavorable à cet amendement et aux suivants.

M. Thibault Bazin (LR). Je partage un certain nombre des préoccupations exprimées par notre collègue Jérôme Guedj. Nous parlons ici d'une question de santé publique et les ravages de l'alcool peuvent être mesurés dans nos territoires, notamment par les élus locaux. Toutefois, l'amendement me laisse sceptique. Certaines de mes réserves auraient pu être levées par des éléments figurant dans l'exposé sommaire, mais je ne les retrouve pas dans le dispositif. Je pense notamment à la situation particulière des bières locales, qu'il ne faut pas assimiler aux boissons alcoolisées aromatisées gazeuses. Se pose aussi la question de l'équité de traitement entre toutes les boissons alcoolisées, car les bières ne sont pas les seules à poser problème. Enfin, le brassage nécessite du sucre. Il faut donc s'efforcer de pénaliser la consommation de produits réellement dangereux pour la santé sans nuire aux produits locaux réalisés de façon vertueuse, si je puis dire. Je n'ai pas l'impression que l'amendement apporte suffisamment de garanties.

M. Arthur Delaporte (SOC). Pour ma part, je suis favorable à cet amendement. Le marché de la bière représente plusieurs milliards d'euros : un sujet qui concerne 10 ou 12 % de ce marché n'est donc pas un sujet périphérique.

Vous regrettez, monsieur Bazin, que les garanties évoquées dans l'exposé sommaire ne figurent pas dans le dispositif de l'amendement. Je vous renvoie pourtant au V du nouvel article 1613 *ter* A que nous souhaitons insérer dans le code général des impôts, qui dispose clairement que les brasseries artisanales ne seront pas redevables de cette taxe.

Madame la rapporteure générale, vous nous invitez à engager un travail plus large de lutte contre l'alcoolisme, les produits dérivés des boissons alcoolisées et le

conditionnement attrayant utilisé par les alcooliers pour doper leurs ventes. Prenons date ! Mais cela ne doit pas nous empêcher de voter cet amendement qui, je le répète, n'est pas un petit amendement.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je ne nie pas le manque de cohérence entre les différentes taxes comportementales. Mais au regard de la consommation massive et généralisée d'alcool chez les jeunes, du fait notamment des produits concernés par cet amendement, je préfère cette incohérence à un report de notre action contre ce fléau.

Mme Monique Iborra (RE). Alors que le Gouvernement agit vraiment en faveur de la prévention, il se trouve en quelque sorte victime de son succès. Nous discutons d'un texte budgétaire. N'abordons pas ces problèmes au coup par coup, de façon décousue, sans aucune cohérence. La mesure proposée est tout à fait acceptable mais elle devrait s'inscrire dans une démarche globale au lieu de se focaliser sur les bières.

M. Thomas Mesnier (HOR). M. Guedj a soulevé une question majeure en termes de santé publique. Les bières aromatisées constituent souvent, pour les jeunes, une porte d'entrée dans la consommation d'alcool. La publicité qui en est faite peut nuire à l'image de certaines productions locales. Je suis très favorable à ce que nous travaillions sur ce sujet d'une façon globale, comme l'a suggéré la rapporteure générale, mais dans le sens proposé par notre collègue Jérôme Guedj, en réfléchissant à des mesures complémentaires à celles déjà votées ces dernières années – je pense notamment à la taxe sur les sodas, créée à l'initiative du député Olivier Véran, et à la taxe sur les prémix, instaurée sur proposition de la députée Dufeu.

M. Philippe Vigier (Dem). Je souscris entièrement aux propos de M. Mesnier. Lorsque nous aurons terminé l'examen de ce projet de loi de financement, il serait opportun d'engager une réflexion, d'autant que le ministre de la santé est chargé de la prévention. Nous sommes au cœur du réacteur nucléaire !

M. Jérôme Guedj (SOC). Il serait bon de marquer la volonté de la commission des affaires sociales de travailler résolument sur ce sujet en adoptant mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

3. Réunion du mardi 11 octobre 2022 à 18 heures (après l'article 8 à article 10)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12261261_6345901180e22.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-11-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous reprenons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous avons examiné 143 amendements hier. Il en reste désormais 533. Nous poursuivons l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 8.

Après l'article 8 (suite)

Amendement AS303 de Mme Sandrine Josso.

Mme Sandrine Josso (Dem). L'obésité, phénomène grandissant, touche 17 % des adultes et un enfant sur cinq en France. Les politiques publiques de lutte contre l'obésité se concentrent essentiellement sur une approche curative. Je vous propose de faire baisser la consommation des boissons sucrées en renchérissant leur coût.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Vous pointez un problème dont il faut absolument s'occuper. Toutefois, l'assiette de la taxe est fermée puisqu'il s'agit des sodas ; il serait intéressant de réfléchir à son élargissement. Je suggère de retirer votre amendement.

Mme Sandrine Josso (Dem). Concrètement, que proposez-vous ?

Mme la rapporteure générale. Il est apparu, notamment dans nos discussions à propos de taxes comportementales, que nous devons travailler, au sein de la commission des affaires sociales et de façon transpartisane, à des mesures de prévention plus efficaces. Elles pourraient trouver leur place dans une prochaine loi de financement.

L'amendement est retiré.

Amendements AS1121 et AS1122 de M. Cyrille Isaac-Sibille (présentation commune).

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Les taxes, c'est toujours très compliqué entre la définition du taux et celle de l'assiette. Je propose plutôt d'instaurer un prix de vente minimum, en l'occurrence sur les bières à fort degré d'alcool excédant les 11 %. Ces bières, souvent conditionnées en canettes de 50 centilitres, sont vendues dans le seul but de rendre les jeunes dépendants à l'alcool. Je rappelle que l'Écosse a pris une mesure similaire avec beaucoup de succès.

Le second amendement vise à instaurer un prix plancher lors de la vente promotionnelle de ces mêmes produits aux heures de grande fréquentation (*happy hours*), dont l'objet est d'alcooliser les jeunes.

Le but est de dissuader les jeunes de consommer ces produits. Nous pouvons réfléchir à des mesures de prévention en intergroupe, madame la rapporteure générale. En attendant, je propose un outil simple, qui n'impose pas de passer par Bercy contrairement à une taxe, et qui serait efficace contre la puissante mercatique que déploient les industriels.

Mme la rapporteure générale. Je partage votre objectif mais il faut travailler de manière plus globale et dans le respect des règles européennes.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Les règles européennes portent sur les taxes. Ce que je propose ici, c'est un prix minimal de vente.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Ces boissons sont autant des produits que des appâts qui visent une cible très particulière et qui sont dangereux pour notre communauté. Nous voterons ces amendements de bon sens qui protègent la santé des jeunes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous ferons de même car ces produits poussent de façon délibérée à l'alcoolisation de la jeunesse, un fléau qui peut déboucher sur un alcoolisme chronique et une addiction difficile à traiter. Madame la rapporteure générale a évoqué la réglementation européenne. Or, s'il y a bien un domaine régalien, c'est la protection de la jeunesse. L'Europe n'a rien à voir là-dedans : il s'agit d'une responsabilité franco-française.

M. Jérôme Guedj (SOC). Ces amendements posent la question du prix minimum de la vente d'alcool, une mesure que les acteurs de santé publique réclament et qui fait l'objet d'une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé. L'Écosse a été capable d'édicter cette mesure en 2018. Si ce beau pays producteur de whisky y est parvenu, nous devrions nous aussi y arriver. J'ajoute que, dans une expertise collective de juin 2021, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale a souligné que le renchérissement du coût de l'alcool pouvait être un facteur de dissuasion déterminant.

J'entends l'argument selon lequel le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est pas le bon véhicule. Mais nous manquons d'un support récurrent pour avancer sur ce type de recommandations. Comme pour les bières aromatisées hier, nous vous invitons à poser des jalons et à envoyer un signal au Gouvernement. Nous souhaitons travailler sur la question des ajustements comportementaux afin de lutter contre ce fléau : l'alcool est, après le tabac, la deuxième cause de mortalité évitable – 49 000 morts. Il est, dans 30 % des cas, à l'origine d'un accident mortel impliquant des jeunes.

Mme Prisca Thevenot (RE). Je partage votre préoccupation : prévenir l'alcoolisme, protéger les jeunes – et pas seulement eux puisque le sujet concerne

tous les âges. Mais je pense que nous devons adopter une démarche globale sur l'ensemble des thématiques liées à l'alcool plutôt que voter des mesures sur chaque produit. Avec ces amendements, les jeunes dissuadés d'acheter les produits visés se retourneront vers d'autres. L'exemple de la lutte contre le tabac montre qu'une démarche globale, avec des objectifs chiffrés, donne des résultats. Notre action sera ainsi plus efficace et plus audible.

M. François Ruffin (LFI). Le groupe La France insoumise est favorable à ces amendements. Mais pour ma part, je garde à l'esprit que les impôts sur la consommation pèsent toujours davantage sur le porte-monnaie peu garni. En amont, il faudrait aussi poser la question de la régulation de la mercatique indirecte.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS809 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'addiction aux jeux en ligne peut fragiliser tant financièrement que psychologiquement. Dans la mesure où elle peut entraîner une dépression, s'accompagner d'alcoolisme, de comportements violents et de prises de risques physiques, elle a un impact sur le budget de la sécurité sociale. Le secteur du jeu d'argent en ligne, qui attire de plus en plus de parieurs, doit être mis davantage à contribution.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS812 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement me tient beaucoup à cœur et vous me feriez toute la peine du monde en le rejetant. Il s'agit de lutter contre un phénomène gravissime en instituant, au bénéfice de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), un prélèvement sur les bénéfices des plateformes de diffusion de contenu pornographique en ligne.

Je m'intéresse là aux cas où les enfants sont exposés à la pornographie. J'ai été choquée, il y a plus de dix ans, en lisant dans l'étude d'un pédopsychiatre que le premier visionnage d'une vidéo pornographique équivalait, pour un enfant de moins de 10 ans, à un viol. Depuis, les choses ont encore empiré et nous entendons tous parler de cas plus choquants les uns que les autres. Un juge spécialisé expliquait que des enfants de moins de 10 ans pouvaient citer des actes pornographiques, ou du moins réservés aux adultes, et demander à leurs petites copines de les reproduire sur eux.

Nous ne pouvons laisser perdurer cette situation. Ce contact avec la pornographie, souvent involontaire, a des conséquences considérables : comportements négatifs dans la sexualité – 44 % des jeunes tentent de reproduire les pratiques des vidéos pornographiques –, complexes, mauvais traitement des femmes, réification du corps.

Mme la rapporteure générale. En effet, l'enjeu est essentiel. Il convient de renforcer les dispositifs de vérification d'âge, y compris avec des actions judiciaires, et de développer les actions de prévention. Cependant, je ne suis pas certaine qu'un prélèvement sur les bénéficiaires de ces plateformes soit efficace.

Mme Prisca Thevenot (RE). Je suis entièrement d'accord avec l'objectif : la lutte contre l'exposition infantile à la pornographie ne fait pas débat. En revanche, taxer les plateformes ne peut être l'alpha et l'oméga d'une politique de protection. Il faut agir sur deux volets : la vérification de la majorité à l'entrée sur ces sites et la répression des violences, commises souvent sur des femmes. Nous nous réjouissons à ce propos de l'augmentation de 8 % du budget de la justice. Mais je ne suis pas sûre que ce soit l'objet d'un projet de loi de financement.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). L'accès des mineurs à la pornographie est un sujet suffisamment important pour qu'on ne puisse le résoudre avec une taxe. On ne fera pas l'économie d'une réflexion sur l'accès libre et gratuit à la pornographie, qui expose des mineurs, et sur cette industrie que l'actualité judiciaire a mise en lumière. La pornographie est indéniablement un problème de santé publique et un problème dans les violences faites aux femmes. Mais une taxe ne pourra en rien protéger les enfants.

M. Thibault Bazin (LR). Je ne suis pas certain que l'amendement apporte une bonne réponse à un vrai problème. Outre-Manche, des initiatives visent à renforcer la vérification de majorité ; il faudrait imaginer un système de contrôle d'accès identique pour tous les pays. Sur ce sujet, d'autres commissions que la nôtre sont sans doute plus compétentes.

M. Philippe Vigier (Dem). Malheureusement, la taxation ne résoudra rien. La solution réside dans la limitation de l'accès aux sites et la responsabilisation des éditeurs. Nous nous sommes aperçus, lors de débats sur la diffusion de contenus sur internet, que ce n'était pas si simple. Il faut en tout cas une réflexion sur le sujet, madame la présidente, car le phénomène s'aggrave et les enfants sont confrontés à la pornographie de plus en plus tôt.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement était destiné à lancer le débat. Il est évident qu'une taxe ne changera pas les pratiques de cette industrie, qui est aussi un empire financier. Mais c'était l'occasion de procurer quelques recettes à la branche famille de la sécurité sociale. Si la commission s'engage à poursuivre le travail sur cette question, je retirerai l'amendement.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Le sujet est essentiel, mais les commissions des lois et des affaires culturelles sont aussi concernées. Je m'engage, en tant que présidente, à solliciter mes homologues pour voir si nous pouvons entreprendre un travail sur ce sujet.

L'amendement est retiré.

Amendements AS943 et AS968 de M. Thibault Bazin (présentation commune).

M. Thibault Bazin (LR). Les entreprises de répartition sont en charge de l’approvisionnement des 22 000 pharmacies françaises. Leurs missions font l’objet d’obligations de service public comportant des exigences sur les stocks et les délais de livraison. Sous le quinquennat précédent, nous avons travaillé et échangé avec le rapporteur général Thomas Mesnier pour prendre en compte les difficultés du secteur, dont les déficits avoisinaient 100 millions d’euros. Les lois de financement successives contenaient des mesures spécifiques : marges améliorées en 2020, baisse du taux de la contribution sur les ventes en gros (CVEG) en 2021, complément de rémunération sur des produits d’intérêt thérapeutique majeur en avril 2022.

Cependant, les entreprises ne sont toujours pas à l’équilibre et se trouvent de surcroît soumises à la pression inflationniste – elles sont de grandes consommatrices d’essence et d’électricité car elles doivent respecter la chaîne du froid. On estime l’impact de l’inflation à 43 millions d’euros. Je vous propose donc, par le premier amendement, de faire passer le taux de la CVEG de 1,5 % à 1 %, ce qui ferait gagner 50 à 55 millions d’euros au secteur. Avec le second amendement, de repli, le taux passerait à 1,2 % soit un gain de 30 millions d’euros. Mais il faut faire quelque chose : ces entreprises n’ont aucune latitude quant à leurs prix et leurs marges, tout est régulé.

Mme la rapporteure générale. Comme vous l’avez dit, beaucoup de mesures ont déjà été prises. Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Parmi tous les acteurs de la chaîne de valeur du médicament, depuis le moment où la matière première est fabriquée jusqu’à celui où le produit est disponible en boîte en pharmacie, les répartiteurs ont été de ceux qui ont le plus contribué à limiter les pénuries que nous connaissons depuis plus d’une dizaine d’années. Aujourd’hui, ils subissent, comme d’autres, les effets de l’inflation. Compte tenu de leur rôle, il faut absolument les aider. Si les amendements ne sont pas retirés, nous les voterons.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS901 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Notre commission auditionnera prochainement des représentants de l’Établissement français du sang, un organisme auquel les mesures du Ségur de la santé ne sont pas applicables et qui rencontre un certain nombre de difficultés. Outre un manque d’attractivité qui pénalise le recrutement des infirmières, il peine à améliorer la collecte de plasma sanguin, dont le fractionnement est nécessaire pour fabriquer des immunoglobulines. Aujourd’hui, 80 % de la production de ces dernières s’effectue en Amérique du Nord dans des conditions qui ne correspondent pas à nos standards en matière d’éthique. Si cette éthique à la française concernant la collecte de sang fait honneur à notre pays, elle diminue notre

compétitivité dans le secteur des médicaments dérivés du plasma. Afin de sécuriser notre approvisionnement et de pérenniser l'accès des patients à ces médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, nous proposons de les exonérer de la contribution sur le chiffre d'affaires versée par les entreprises pharmaceutiques

Mme la rapporteure générale. Cette proposition est régulièrement discutée. La contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques a vocation à s'appliquer à tous les produits, et il ne semble pas opportun de créer une exception.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Cet amendement soulève une vraie question mais je ne pense pas qu'il réponde réellement aux enjeux. Nous manquons de médicaments dérivés du sang. Dans ce domaine, nous avons besoin d'une force de frappe publique qui agisse dans le respect des normes éthiques qui sont les nôtres. Malgré l'existence du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, les investissements sont insuffisants. Quoi qu'il en soit, il incombe à notre commission de s'assurer que ces médicaments sont fabriqués dans de bonnes conditions et vendus à coûts appropriés.

M. Thibault Bazin (LR). Certains médicaments dérivés du sang sont déjà exonérés de contribution sur le chiffre d'affaires. Cela montre bien qu'ils touchent à un enjeu spécifique de souveraineté sanitaire et d'éthique. Ma proposition peut ne pas être la bonne – je l'avais déjà faite l'année dernière sans obtenir de réponse. Il faut pourtant que nous nous donnions les moyens de produire ces médicaments dans le respect de nos normes morales. J'accepte de retirer mon amendement mais j'aimerais, madame la rapporteure générale, que nous puissions le retravailler ensemble.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Ces médicaments ne sont malheureusement pas les seuls concernés par des ruptures d'approvisionnement – c'est aussi le cas de certains antibiotiques. De même que la taxation de la bière n'est pas une réponse suffisante au problème de l'alcoolisation des jeunes, la diminution ou l'exonération d'une taxe sur les médicaments me semble une réponse très partielle à ce défi. Il convient de s'interroger sur les instruments publics ou privés à mettre en œuvre pour assurer le fonctionnement d'une chaîne de production et de distribution de médicaments et pour en finir avec les ruptures d'approvisionnement.

L'amendement est retiré.

Amendement AS460 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). À l'article 8, nous avons décidé à juste titre d'augmenter à la hauteur de l'inflation les taxes sur le tabac afin d'éviter une baisse relative de son prix. S'agissant de la taxation de l'alcool, le code des impositions sur les biens et les services comporte une anomalie : il est prévu d'indexer les tarifs de

l'accise sur l'inflation, mais dans la limite de 1,75 %. Autrement dit, même avec notre inflation de 6 ou 7 %, les droits d'accise sur l'alcool ne peuvent augmenter au delà de 1,75 %. Pour éviter une baisse relative des prix de l'alcool – un produit qui se caractérise justement par une élasticité prix assez forte, notamment chez les jeunes – nous proposons la même mesure que sur le tabac : pour des raisons impérieuses de santé publique, les droits d'accise sur l'alcool doivent augmenter au même rythme que l'inflation.

J'ai eu du mal à trouver l'origine de ce plafonnement à 1,75 %. Il est prévu par une ordonnance de 2021, mais je pense qu'il remonte à une époque plus lointaine marquée par une inflation plus faible. Aujourd'hui, un tel décalage ne peut se justifier : il est nécessaire de corriger cette anomalie et d'être cohérents dans nos efforts de santé publique.

Mme la rapporteure générale. Même si je vous rejoins sur le fond, je vois dans cet amendement une preuve supplémentaire de la nécessité d'engager un travail global sur la prévention des addictions, qui débouche sur un paquet complet de mesures.

Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). C'est une bonne chose de s'interroger sur l'origine de ce plafonnement à 1,75 %. Cependant, j'ai quelques réserves sur cet amendement. Certes, l'inflation sera de 6 ou 7 % en 2022 mais les salaires ne seront relevés que de 3 % ou 3,5 %. Il y aura donc une perte de pouvoir d'achat de l'ordre de 3 %, y compris sur l'alcool consommé avec modération.

Par ailleurs, même en étant favorable à ce mécanisme, je m'interroge au sujet du glissement de l'imposition sur le revenu ou sur les bénéficiaires vers les taxes sur la consommation, dont on sait qu'elles sont les plus injustes puisque les plus pauvres paient nettement plus que les plus aisés en proportion de leurs ressources. Vouloir que les droits d'accise suivent l'inflation galopante, c'est pénaliser la consommation des ménages modestes.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je me réjouis de cet amendement. J'avais essayé de rédiger le même mais je n'étais pas parvenu à passer l'obstacle de la recevabilité financière. Je suis favorable au parallélisme des mesures applicables au tabac et à l'alcool.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS122 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avons discuté hier de la manière de soutenir les assureurs qui intègrent, dans leurs contrats, une prise en charge financière des consultations de diététique, de psychologie ou sur l'activité physique. Nous savons que ces trois domaines, qui ont un impact positif en matière de prévention ou d'accompagnement de situations délicates, sont mal pris en charge par notre système

de sécurité sociale. Le sport santé et les activités physiques adaptées ne sont pas remboursés ; les consultations de diététique le sont mal, de même que la psychologie, en dépit de récents progrès.

Lorsque des acteurs, notamment mutualistes, intègrent ces remboursements dans leurs contrats d'assurance santé, nous devons les « récompenser », même si je n'aime pas ce terme, en ramenant à 5 % le taux de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) à laquelle ils sont soumis. Cela ne pourra qu'inciter les organismes complémentaires, notamment les mutuelles, à prendre en charge ces dépenses. Je continue toutefois à penser que ces dernières devraient être intégrées dans un panier de soins « 100 % sécu ».

J'espère que nous pourrions prolonger cette réflexion en évoquant notamment le sport sur ordonnance. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit cette possibilité sans financement intégré à la sécurité sociale : les patients sont donc contraints de s'en remettre aux mutuelles ou aux collectivités locales qui financent des actions de sport santé. Il en est de même pour les consultations de diététique alors que les enjeux de nutrition et d'alimentation sont cruciaux, notamment pour les personnes fragiles et les personnes âgées.

Mme la rapporteure générale. Je suis très consciente de ces enjeux. Cependant, votre amendement vient compliquer la structure de la TSA. Nous avons déjà débattu de ces questions hier. Avis défavorable.

Mme Monique Iborra (RE). Nous avons effectivement déjà discuté de ces questions hier, ce qui montre à quel point nous sommes attachés à la prévention. Les vieilles recettes utilisées jusqu'à présent sont obsolètes : nous devons en trouver d'autres et mettre la prévention au cœur de notre système de soins. Cependant, si nous voulons être efficaces, nous ne pouvons agir au coup par coup. Nous pourrions créer un groupe de travail.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je soutiens l'amendement de notre collègue Jérôme Guedj, qui me semble avoir une autre vertu : outre son efficacité pour les organismes complémentaires et son utilité pour les usagers du système de santé, il rapporte de l'argent puisque les pertes modiques qu'entraînera un taux réduit de TSA seront largement compensées par les économies dégagées par ce virage préventif.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1433 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Notre collègue Monique Iborra nous exhorte à trouver de nouvelles sources de financement. C'est le sens de cet amendement d'appel qui vise à créer une contribution destinée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette institution est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en situation de dépendance et des personnes en situation de handicap.

Il s'agit donc de créer une contribution de solidarité des actionnaires, dont le taux serait fixé à 1 % des dividendes versés. L'année dernière, l'assiette en aurait été de 80 milliards d'euros : rien qu'avec le taux modeste que je propose, cet amendement aurait permis de dégager 800 millions en 2021.

Je me souviens de nos débats d'hier soir et je sais que la création d'une taxe vous paraît effrayante. Mais n'oubliez pas que des produits d'épargne populaire sont soumis à des prélèvements sociaux – c'est le cas du compte épargne logement dont le plafond n'est que de 15 300 euros, ou du plan d'épargne logement plafonné à 61 200 euros. Les versements de dividendes, qui, eux, ne connaissent aucune limite, peuvent contribuer à la solidarité nationale par le biais de cette nouvelle contribution en faveur de l'autonomie.

Mme la rapporteure générale. J'ai bien compris qu'il s'agissait d'un amendement d'appel. Ce débat est important mais vous connaissez mes arguments et nous devons essayer d'avancer. Retrait ou avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Par cet amendement de bon sens, notre collègue Frédéric Mathieu rend presque hommage à la doctrine du Gouvernement. Ce dernier considère que la réduction du revenu des demandeurs d'emploi doit les inciter à être plus actifs. De même, nous proposons ici de réduire le revenu des actionnaires pour les inviter à se rendre plus utiles à notre pays.

La commission rejette l'amendement.

Article 9

Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins

La commission adopte l'article 9 non modifié.

Article additionnel après l'article 9

Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé

Amendement AS1625 de Mme Stéphanie Rist ; sous-amendements AS1643 de M. Paul Christophe, AS1641 de M. Philippe Vigier, AS1636 de M. Thibault Bazin, AS1632 de M. Thomas Mesnier, AS1644 et AS1645 de M. Paul Christophe, AS1635, AS1637 et AS1634 de M. Thibault Bazin.

Mme la rapporteure générale. Cet amendement est avant tout technique : il vise à déplacer l'actuel article 29 du projet de loi, qui traite des contributions sur le médicament, vers la partie « recettes » du texte. Son maintien dans la partie « dépenses » pourrait entraîner une censure du Conseil constitutionnel. Je préfère que nous ayons un débat sur le fond de cette mesure plutôt que sur sa procédure d'adoption.

M. Paul Christophe (HOR). Nous avons transformé nos amendements à l'article 29 en sous-amendements à l'amendement de la rapporteure générale.

Le principe de contribution C proposé par le Gouvernement fait peser une contrainte importante sur les entreprises mettant à la disposition des patients français des innovations significatives. Cela risque de fragiliser leur modèle économique et de rendre plus difficile l'accès aux thérapies et médicaments innovants. Le sous-amendement AS1643 vise à répondre au problème soulevé par le Gouvernement s'agissant de l'équité de la répartition de la contribution M en tenant compte du profil des entreprises au regard de la croissance. À cet effet, il propose de réintroduire une part de croissance dans la répartition de la contribution M collective, selon des modalités similaires aux dispositions applicables entre 2016 et 2019. Afin de préserver la prévisibilité de la contribution pour les entreprises, il est cependant proposé de répartir 70 % de la contribution sur la base du chiffre d'affaires.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous parlons d'un sujet important puisqu'il touche à la fameuse clause de sauvegarde. Depuis 2004, nous réglons les dépenses de médicaments : un objectif est fixé dans la loi de financement et, en cas de débordement, les entreprises qui fabriquent et délivrent ces médicaments procèdent à un remboursement – on parle de contributions. La difficulté, c'est cette année un changement de paradigme : pour la première fois, le Gouvernement propose d'intégrer dans l'assiette de ces contributions l'ensemble des médicaments acquis par l'Agence nationale de santé publique. Or, lors de la crise du covid-19, de nombreuses commandes ont été passées par celle-ci. Cette transformation de périmètre nuirait à notre industrie du médicament, dont chacun sait qu'elle connaît déjà des difficultés : on constate actuellement plus de 2 000 ruptures de stock tandis que l'Union européenne est à 85 % dépendante de productions extérieures à ses frontières.

Il me paraît donc indispensable d'apporter un correctif à ces dispositions. Il ne s'agit pas de faire un cadeau à l'industrie pharmaceutique mais de lui permettre de continuer à innover, comme l'a très bien dit notre collègue Paul Christophe, et d'éviter les ruptures de stock comme celles subies lors de la pandémie. À l'occasion du lancement du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), en 2021, nous nous étions fixé l'objectif de faire de la France le premier pays européen en matière d'innovation et de fabrication des médicaments. L'enjeu est de taille.

M. Thibault Bazin (LR). Je remercie la rapporteure générale d'avoir eu la courtoisie de nous informer de son souhait de déplacer l'article 29. C'est tout à son honneur.

Le sous-amendement AS1634 vise à doubler le seuil de déclenchement de la contribution, qui me semble trop bas, afin d'épargner les entreprises émergentes et innovantes.

M. Thomas Mesnier (HOR). Le sous-amendement AS1632 vise à clarifier les modalités de calcul de la contribution M, qui ne sont définies par aucun texte législatif ou réglementaire. Chaque année, cela prête à confusion et suscite des interrogations.

Sans toucher au montant de la contribution M, fixé à 24,6 milliards d'euros pour l'année 2023, je propose d'inscrire dans la loi la méthode de calcul de ce montant, ce qui donnera des perspectives aux industriels du médicament et favorisera leur implantation sur le territoire. Cette méthode de calcul figure dans le rapport que j'ai moi-même rédigé l'année dernière en qualité de rapporteur général – devant les interrogations multiples des industriels du médicament, j'avais interrogé la direction de la sécurité sociale qui m'avait donné la formule.

M. Paul Christophe (HOR). Les sous-amendements AS1644 et AS1645 mettent en cohérence les modalités de calcul du plafond de reversement des contributions M et C avec le périmètre de ces taxes, sur la base du chiffre d'affaires des produits remboursables net des différentes remises visées par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale. Le premier protégera les petites entreprises innovantes tandis que le second assurera la proportionnalité de la majoration forfaitaire pour déclaration tardive de la clause de sauvegarde.

M. Thibault Bazin (LR). Le sous-amendement AS1635 supprime la super-clause de sauvegarde s'appliquant aux médicaments innovants en croissance. Les sous-amendements AS1636 et AS1637 tendent à laisser les stocks d'État achetés par l'Agence nationale de santé publique – ceux que notre collègue Philippe Vigier a évoqués tout à l'heure – en dehors de ce mécanisme, d'autant que leur intégration dans la clause de sauvegarde est de nature à compromettre l'équilibre des contrats. Il faudrait d'ailleurs être capable de distinguer les efforts devant être consentis par les différents acteurs, notamment ceux en croissance. Enfin, j'ai déjà défendu tout à l'heure le sous-amendement AS1634, qui vise à modifier le seuil de déclenchement de la contribution.

Mme la rapporteure générale. Le Gouvernement défendra en séance publique un amendement sur cet article. Le ministre délégué chargé de l'industrie a indiqué que les modifications proposées concerneraient tant la clause de sauvegarde que les mesures relatives au référencement, que nous aborderons tout à l'heure, et les dispositions concernant les thérapies et médicaments innovants. Elles sont en train d'être discutées avec les acteurs concernés. Certains trouveront que je cherche à accélérer les débats en commission. Je ne suis pas opposée à ce que nous discutons de ces questions, mais il me semble préférable de le faire en séance publique après avoir pris connaissance de l'amendement du Gouvernement. Je vous invite à retirer vos sous-amendements.

M. Thibault Bazin (LR). Nous vous remercions de nous avoir transmis cette information en toute transparence. J'espère que le Gouvernement déposera son amendement au plus vite de manière à travailler dans de bonnes conditions. Les enjeux sont réels : il faut éviter de nuire aux entreprises innovantes et en croissance et il faut traiter le problème de périmètre soulevé par notre collègue Philippe Vigier. Sans doute conviendrait-il que les députés aussi soient associés à la rédaction de l'article, comme les acteurs, de manière à aboutir à un équilibre acceptable, y compris s'agissant du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde.

M. Yannick Neuder (LR). J'abonde dans le sens de notre collègue Thibault Bazin. Le moment est venu de pratiquer la coconstruction. La proposition actuelle du Gouvernement n'est pas soutenable pour nos industriels. Elle menace notre souveraineté. Au cours des auditions organisées par notre groupe, l'industrie a manifesté son inquiétude sur plusieurs points : d'une part, un manque d'investissement qui concerne non seulement les grands groupes mais aussi l'ensemble de la sous-traitance – rappelons que certaines de nos régions sont fortement industrialisées ; d'autre part, la capacité des officines et des hôpitaux à acheter des médicaments. Le recours aux appels d'offres ne règle pas tout. Au contraire, il aura pour effet d'interrompre certaines filières de production locales au profit d'importations. Surtout, il empêchera de constituer des stocks, ce qui aggravera forcément les ruptures d'approvisionnement – point qui a fait l'objet d'une question au Gouvernement tout à l'heure.

M. Philippe Vigier (Dem). Le sujet est important. Nous avons assisté à une multiplication des ruptures d'approvisionnement. Surtout, les laboratoires pharmaceutiques qui innovent ne sont pas toujours de grande taille. Le Gouvernement a manifestement compris qu'il y avait une erreur dans la présentation du projet de loi de financement. Chacun peut se tromper ; l'important est de se corriger. Mais ceux qui ont rédigé pensaient peut-être pouvoir mettre au point un dispositif sans que le Parlement le voie...

Je suis prêt à retirer mon sous-amendement. Mais il serait bon que nous disposions de l'amendement gouvernemental avant la date limite de dépôt des amendements en séance publique. Si tel n'est pas le cas, nous serons amenés à redéposer nos amendements. Légiférer est un acte de responsabilité partagée. Il faut que nous le fassions dans la confiance, ce qui passe par une bonne information.

M. Paul Christophe (HOR). Le sujet n'est pas anodin. Vous le savez, nous menons depuis plusieurs années un combat pour l'accès aux médicaments innovants. Or, je puis témoigner d'une inquiétude à ce sujet. Votre intention de nous informer sur les discussions en cours est louable, madame la rapporteure générale, mais ces discussions sont en cours sans nous. On ne peut pas dire que nous y soyons étroitement associés...

Nous avons besoin d'être éclairés de manière précise, sinon rassurés. Il y a une certaine crispation de notre côté. Nous aurions souhaité poser un jalon. Je me range à la sagesse de notre collègue Philippe Vigier et j'accepte de retirer mes sous-amendements mais sans exclure, bien sûr, de les déposer de nouveau en séance publique. Nous vous chargeons de passer au Gouvernement le message : nous ne voulons pas découvrir son amendement en pleine soirée dans l'hémicycle.

Mme la rapporteure générale. Le ministre délégué chargé de l'industrie a pris des engagements publics. Les discussions sont en cours avec les acteurs. S'agissant des médicaments de thérapies innovantes, l'objectif du texte est partagé par les parties prenantes : c'est la rédaction, qui n'était pas la plus efficiente, qui est en train d'être revue. Il est possible que les discussions débouchent sur plusieurs

amendements, dont certains seront prêts plus rapidement que d'autres. La présidente et moi-même nous engageons à relayer votre demande qu'ils soient connus avant la date limite de dépôt des amendements.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je vais suivre cet élan collectif et retirer mon sous-amendement. Néanmoins, je le fais à regret. Nous aurions pu débattre de ce sujet en commission comme nous le faisons chaque année. Il est particulièrement technique ; le Gouvernement peut nous embarquer facilement car les informations sont difficiles à obtenir et les enjeux difficiles à appréhender. Une mise aux voix des différents sous-amendements aurait défini une position et donné du poids à la commission et à sa rapporteure générale dans la discussion avec le Gouvernement.

Les sous-amendements sont retirés.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 9

Amendement AS1564 de Mme Caroline Fiat.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Il est nécessaire de contrôler l'usage fait du crédit d'impôt recherche (CIR). Il est massivement utilisé par les banques et les organismes financiers qui prétendent faire de la recherche en recrutant des ingénieurs ou des comptables. L'industrie pharmaceutique y recourt aussi, parfois pour des domaines qui n'ont rien à voir avec la recherche. Par ailleurs, on ne peut accepter que des entreprises comme Sanofi – et vous entendrez régulièrement ce nom dans nos bouches – bénéficient du CIR alors qu'elles mènent une stratégie de suppression d'emplois. Sanofi a fermé trois centres de recherche sur le territoire français.

Mme la rapporteure générale. Mon prédécesseur Thomas Mesnier l'avait relevé aussi l'année dernière : votre amendement modifie rétroactivement le montant de la clause de 2019. Mon avis est donc nécessairement défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Les propos de François Ruffin sont tout à fait fondés. Ce qui est en jeu, c'est non seulement le financement de la sécurité sociale mais aussi les politiques de recherche dans notre pays. Est-il acceptable que nos modes de financement de la recherche suscitent de tels effets d'aubaine ? Les grands groupes n'ont plus vraiment de politique de recherche, encore moins de politique industrielle. Leur stratégie consiste plutôt à racheter et vendre des actifs et des brevets, ce qui n'est guère un chemin d'avenir. Si Sanofi ne parvient pas à développer un vaccin, c'est aussi parce qu'il a supprimé 3 000 postes de chercheurs au cours des dernières années !

Bref, ces grands groupes bénéficient largement du CIR mais ne l'utilisent pas à des fins de recherche puisqu'ils démantèlent leurs capacités en la matière. Cependant, le CIR coûte cher au secteur public. Nous assistons à la paupérisation

tant des services publics que des services privés de recherche et développement, les premiers en raison d'un manque de financement public et les seconds à cause de l'absence de fléchage de nos dépenses.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Si seule la mention de l'année 2019 pose problème, nous sommes évidemment prêts à revoir la rédaction de l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 9

Rapport sur l'état et les perspectives de la régulation économique du secteur pharmaceutique

Amendements identiques AS749 de M. Paul Christophe et AS822 de M. Thibault Bazin.

M. Paul Christophe (HOR). En juin 2021, le CSIS a réaffirmé que le secteur des produits de santé était essentiel et stratégique. C'est ce qui a justifié le lancement du plan Innovation santé 2030, dont l'ambition est que la France prenne à cet horizon la première place en Europe en sciences du vivant.

L'amendement AS749 demande au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport permettant de comprendre les mécanismes de régulation qui s'appliquent aux dépenses remboursées de médicaments, d'en mesurer l'ampleur et d'en vérifier la compatibilité avec les objectifs affichés dans ce domaine. Eu égard à notre discussion, il serait bon que ce rapport soit remis avant l'examen du projet de loi de financement pour 2024.

Mme la rapporteure générale. J'invite leurs auteurs à retirer ces amendements au profit de mon amendement AS1626 qui suit. Nous voyons bien que la clause de sauvegarde est à bout de souffle : conçue comme mesure d'exception, elle s'apparente désormais à un impôt supplémentaire. Un rapport à ce sujet paraît nécessaire. Pour ma part, je propose qu'il soit établi par un comité indépendant. Cela permettrait un débat de société sur le financement des médicaments et la régulation de leur prix.

M. Paul Christophe (HOR). Nous sommes éventuellement prêts à nous rallier à votre amendement d'autant que le délai prévu est de nature à nous satisfaire : le rapport devra être remis avant l'examen du prochain projet de loi de financement.

M. Thibault Bazin (LR). Notre collègue Thomas Mesnier, le précédent rapporteur général, a précisé tout à l'heure que le sujet était technique et qu'il était difficile de mesurer les externalités positives et négatives des différentes modalités de régulation. Madame la rapporteure générale, vous souhaitez un rapport établi par un comité indépendant ; ce serait une forme d'injonction extérieure. Nous avons aussi besoin d'un rapport établi par le Gouvernement qui éclaire la représentation

nationale sur les mécanismes qui s'appliquent. C'est en effet le Gouvernement qui a la maîtrise de certains éléments. Ces travaux sont complémentaires ; rien n'empêche qu'ils soient menés en parallèle. Je maintiens mon amendement.

M. Philippe Vigier (Dem). Le plan Innovation santé 2030, signé par trois ministres, prévoit un financement de 7 milliards d'ici à 2030. Il serait bon que la représentation nationale suive l'application des mesures annoncées et qu'elle vérifie l'atteinte des objectifs. C'est d'autant plus nécessaire que l'industrie pharmaceutique a perdu des parts de marché considérables. Grâce à ce rapport, nous verrons, deux ans après le lancement du plan, si le tableau de marche est respecté. Il est indispensable que les parlementaires disposent d'un tel élément d'appréciation.

M. Yannick Neuder (LR). On nous demande beaucoup ce soir d'accorder notre confiance, sans nous donner de vision à long terme. Dès le début de l'examen de ce PLFSS, nous avons dénoncé sa logique purement financière et relevé qu'il n'était pas réalisable au vu des contraintes, notamment du taux d'inflation. Ce ne sont pas les députés de l'opposition qui le disent, mais le monde économique. C'est un désaveu, qui montre que ce PLFSS n'était pas sincère.

Quant à la coconstruction, nous l'attendons toujours. Vu le grand nombre d'amendements déclarés irrecevables et le faible nombre de ceux adoptés en commission, il y a des marges de progrès en la matière, madame la rapporteure générale.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je soutiens l'amendement de M. Bazin, dont la rédaction a le mérite de la concision. En outre, l'objet du rapport est plus large : la question de la régulation n'est pas envisagée dans le cadre de politiques publiques prédéfinies. Tout cela plaide pour son adoption, de préférence à celui de Mme la rapporteure générale.

Mme la rapporteure générale. Mon amendement va plus loin que le celui de M. Bazin. D'une part, il prévoit l'indépendance des auteurs du rapport, principe qui me semble important lorsqu'il est question de l'industrie pharmaceutique. D'autre part, il demande un élément supplémentaire : une réflexion sur le financement du médicament demain dans notre pays.

La commission adopte les amendements.

Article additionnel après l'article 9

Rapport sur les modalités d'élaboration du montant M et du montant Z

Amendement AS1626 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. C'est l'amendement dont nous venons de parler.

La commission adopte l'amendement.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 10

Transfert du financement des indemnités journalières maternité postnatales à la branche famille

Amendements de suppression ASI344 de M. Yannick Neuder et ASI507 de M. Hadrien Clouet.

M. Yannick Neuder (LR). L'article 10 tend à transférer la prise en charge des indemnités journalières maternité postnatales de la branche maladie à la branche famille. Cela représente un coût de 2 milliards d'euros. Il s'agit d'un moyen budgétaire pour améliorer le solde de la branche maladie, fortement déficitaire. D'ailleurs, le Gouvernement ne s'en cache pas.

Le groupe Les Républicains s'y oppose fortement, car il défend le principe d'une véritable politique familiale. Celle-ci ne doit pas être la variable d'ajustement de ce PLFSS. Globalement maltraitée depuis plus de dix ans, elle doit être sanctuarisée, même si elle est financièrement en bonne santé.

Le nombre annuel de naissances est en baisse marquée, la politique familiale doit être valorisée. La garde du jeune enfant, notamment, pourrait être étendue jusqu'à l'âge de 12 ans, pour les familles monoparentales certes, mais aussi pour celles qui ont un enfant atteint d'un handicap, pour celles qui perçoivent le revenu de solidarité active, ainsi que pour toutes celles qui ont de grandes difficultés à faire garder leur enfant.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). Les économies sur le dos des plus défavorisés et des plus pauvres sont le marqueur de la politique du Gouvernement et de la Macronie en général. Vous en avez réalisé sur le dos des chômeurs avec la réforme de l'assurance chômage. Vous en avez réalisé aussi sur le dos des familles avec la baisse des aides personnelles au logement au cours du précédent quinquennat, baisse qui a atteint 9 milliards cumulés. Cela se traduit par un excédent de la Cnaf, de 3 milliards d'euros en 2021.

L'article 10 prévoit le remboursement de 1,5 milliard de la Cnaf à la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui correspond à une part des congés de maternité pris en charge par cette dernière. Nous sommes favorables au principe de la péréquation entre les branches de la sécurité sociale, mais ce transfert est inacceptable, et indécent : il reviendrait à détruire les droits des assurés sociaux et des bénéficiaires de ces branches. C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 10 et soulignons l'urgence qui s'attache à revaloriser les prestations familiales.

Mme la rapporteure générale. Il convient de s'assurer que les branches financent des prestations qui ont un rapport avec leur objectif. Il s'agit effectivement d'une péréquation entre les branches, mais aussi d'une mise en cohérence des dépenses de chaque branche.

Il y a deux questions distinctes : la santé de la femme et l'accueil de l'enfant. Il est cohérent que la branche famille supporte le poids de l'accueil de l'enfant, donc qu'elle prenne en charge les indemnités journalières maternité postnatales. Le congé de paternité est d'ailleurs financé à 100 % par la branche famille.

Nous avons fait beaucoup en matière de politique familiale. Nous avons doublé la durée du congé paternité et augmentons de 50 % le montant de l'allocation de soutien familial. Ce PLFSS pose les premières briques du service public de la petite enfance, avec une modification du complément de libre choix du mode de garde et la simplification du versement des indemnités journalières, qui sera assuré par les entreprises. Nous sommes fiers de notre politique familiale et la soutenons avec 1,5 milliard d'euros supplémentaires dans ce PLFSS.

Avis défavorable sur les deux amendements.

M. Paul Christophe (HOR). C'est un peu comme pour la sous-déclaration de la branche accidents du travail et maladies professionnelles : il s'agit de rattacher comptablement une dépense à la branche concernée. Le représentant d'un syndicat au conseil d'administration de l'Urssaf disait clairement, à l'issue de la réunion consacrée à l'examen du PLFSS, que le transfert de la part du congé maternité postnatal de la branche maladie vers la branche famille, pour un montant de 2 milliards d'euros, était comptable. Il s'agit d'une question de sincérité budgétaire, non de faire une économie sur le dos de qui que ce soit.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je suis en total désaccord avec vous, madame la rapporteure générale. Si le fait d'être enceinte n'est pas une maladie, on ne peut pas pour autant revenir au travail immédiatement après un accouchement. Le congé maternité est aussi un temps de retrouvailles avec soi-même, de réparation du corps, de reconquête de l'esprit, et pas seulement un temps d'accueil de l'enfant – contrairement au congé paternité. J'en veux pour preuve les soins, tant mentaux que physiques, et la rééducation nécessaires postpartum. On ne peut pas les attribuer à la branche famille, ce sont des soins !

M. Thibault Bazin (LR). Nous sommes en profond désaccord avec la majorité sur le sujet de la politique familiale. Année après année, dans la continuité du quinquennat de François Hollande, des coups de rabot sont donnés : sur le quotient familial, sur la prestation d'accueil du jeune enfant... Progressivement, la politique familiale se transforme en politique sociale et comme il n'y a plus de politique nataliste, la natalité baisse.

Vous avez dit en introduction, madame la rapporteure générale, que les branches avaient des objectifs à réaliser. Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, les objectifs de la France, et ses atouts, c'était l'énergie nucléaire et la natalité. Dans les deux domaines, depuis dix ans, cela devient plus que compliqué.

Nous assistons aujourd'hui à un tour de passe-passe budgétaire. Dans son avis, la Cnaf déplore vivement le choix de transférer à la branche famille des charges imputées actuellement à la branche maladie. Des justifications à ce transfert, on en trouvera toujours, mais c'est une question de principe : si on a des ambitions pour une branche, on ne peut pas, à chaque fois qu'elle a des excédents, s'en servir pour autre chose ! Si, comme vous l'affirmez, la branche famille est importante pour vous, ne la déshabillez pas !

Pour ma part, j'ai déposé des amendements sur les alinéas qui concernent directement le transfert, mais supprimer l'article obligerait le Gouvernement à revoir sa copie d'ici à lundi et à se donner les moyens de répondre aux ambitions qu'il affiche. Nous pourrions ensuite avoir le débat en séance.

M. Jérôme Guedj (SOC). Si, en apparence, cet article ne s'occupe que de problèmes de tuyauterie à l'intérieur du PLFSS, il soulève des questions qui nous intéressent au plus haut point.

Si vous opérez ce transfert, c'est parce qu'il y a un excédent de la branche famille ; sinon vous ne l'auriez jamais envisagé. La question est donc de savoir d'où vient cet excédent. Il se peut que les besoins ne correspondent pas aux ressources. Mais que vous utilisiez cet excédent, qui comporte une partie conjoncturelle et une partie structurelle, pour modifier le fléchage des crédits et changer l'organisation des branches, cela pose un problème. Ainsi, la loi « pouvoir d'achat » aurait pu fixer la revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales non pas à 4 %, mais au niveau de l'inflation : la branche famille ne serait pas si excédentaire ; idem si vous aviez décidé de verser des allocations familiales dès le premier enfant. Plutôt que de vous contenter d'un transfert, vous devriez vous interroger sur ce que cet excédent révèle de la politique familiale et sur les améliorations que vous pourriez y apporter.

Enfin, une erreur d'analyse a été commise. La période postpartum, si elle ne correspond pas à une maladie, peut être considérée comme une convalescence. Il paraît par conséquent logique que l'assurance maladie finance les indemnités journalières versées au titre du congé maternité.

Je soutiendrai ces deux amendements.

M. Yannick Neuder (LR). Cette affaire de tuyauterie budgétaire nous permet en définitive de parler de la politique familiale – les amendements que nous avons déposés sur le sujet n'ayant pu être examinés du fait de l'application de l'article 40. Vous êtes peut-être très fière de votre politique familiale, madame la rapporteure générale, mais l'Union nationale des associations familiales n'a pas le même avis. Vos propositions se limitent à faire faire aux entreprises une avance de trésorerie en appliquant le principe de la subrogation aux congés maternité, adoption et paternité : il ne s'agit pas exactement d'un bouclier pour aider les entreprises... Si vous voulez vraiment mener une politique familiale volontariste, restaurez l'universalité des allocations familiales !

M. Philippe Vigier (Dem). Si je peux souscrire à la première partie de votre démonstration, monsieur Guedj, il n'en va pas de même pour la seconde. J'ai assisté au démantèlement de la politique familiale entre 2012 et 2017 ; elle aussi a conduit à l'excédent actuel. On peut regretter qu'il n'y ait pas d'allocations familiales dès le premier enfant, mais tous ces débats, nous les avons déjà eus ici. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Je soutiens la position de la rapporteure générale.

Mme la rapporteure générale. Quelques chiffres à soumettre à la sagacité des commissaires : entre 2007 et 2010, 1,4 milliard d'euros en plus pour la politique familiale ; entre 2014 et 2017, 9 milliards en moins ; entre 2019 et 2023, 6 milliards en plus. Oui, je suis plutôt fière de la politique familiale que nous menons.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Avec les chiffres, tout est dit !

La commission rejette les amendements.

Amendements AS33 et AS35 de M. Thibault Bazin (présentation commune).

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit dans les deux cas de supprimer la ponction de 2 milliards d'euros sur la branche famille.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 10 non modifié.

4. Réunion du mardi 11 octobre 2022 à 21 heures (article 11 à après l'article 22)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12267048_6345c243bbc92.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--11-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Il nous reste 502 amendements à examiner

Article 11

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Amendement AS1510 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). La clarté et l'intelligibilité du droit sont des objectifs à valeur constitutionnelle. Le moins que nous puissions faire à cet égard est de faire en sorte que le résultat de nos travaux soit clair.

Depuis 2019, la compensation intégrale par l'État des exonérations de cotisations sociales et des niches diverses au titre du financement de la sécurité sociale n'est plus réalisée à l'euro près. L'article 11 porte approbation d'un montant de 6,2 milliards d'euros quand celui des exonérations et des niches est de 90 milliards.

Faire croire que cette compensation est totale alors même que tel n'est plus le cas depuis 2019 pose un problème de clarté vis-à-vis de nos concitoyens. Préciser que la compensation est « partielle » évitera, j'aime à le croire, au Gouvernement d'être pris en flagrant délit de mensonge.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Un tel ajout serait doublement injuste.

D'abord, le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale est en hausse de 800 millions d'euros par rapport à 2022, chaque ministère prenant sa part de la compensation par crédits budgétaires des politiques ayant un rapport direct avec les actions qu'il mène.

Ensuite, l'absence de compensation par crédits budgétaires induit pour la sécurité sociale, dans la grande majorité des cas, non une perte sèche mais l'affectation d'une recette fiscale, en l'occurrence la TVA. Ainsi, 700 millions d'euros supplémentaires sont affectés à la sécurité sociale en raison de l'exonération, pour les travailleurs indépendants, de la prime attribuée au titre de la loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Devons-nous comprendre que, à l'avenir, la compensation sera réellement à l'euro près ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1462 de M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Il porte sur la rédaction d'un document très important : le bulletin de salaire.

Il vise à améliorer la compréhension du régime de protection sociale en informant les salariés de la nature des prélèvements effectués sur le salaire, d'une part, pour faciliter l'accès aux droits, d'autre part, pour donner à comprendre les implications sociales des exonérations.

Nous proposons de faire figurer explicitement sur les lignes de cotisations, qui, depuis 2018, sont regroupées par risque et non plus par organisme collecteur, à quoi servent les cotisations versées ainsi que leur destination définitive.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

S'il fallait faire figurer sur chaque feuille de paie tous les bienfaits de la sécurité sociale, il faudrait publier des tomes chaque mois, ce qui ne serait pas très écologique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1464 de M. Hadrien Clouet.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je mets chacun au défi de trouver un salarié lambda capable d'expliquer dans le détail son bulletin de paie. Or la compréhension de chacun et chacune participe au consentement à l'impôt, qui est la base de notre système. Là n'était pas l'ambition du précédent quinquennat, consacré à l'allègement des charges pour faire baisser le fameux coût du travail, alors même que les économistes libéraux s'accordent sur le fait que la compétitivité n'est plus le problème numéro un.

Les exonérations de cotisations sociales sont présentées comme un gain de pouvoir d'achat sur les bulletins de salaire. Il s'agit en fait d'une perte sèche de salaire socialisé et différé. Les cotisations sociales permettent de financer notre système collectif de protection sociale, fondé sur le principe selon lequel chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Les exonérations affaiblissent le financement des services rendus.

Puisque le Gouvernement est attaché à la transparence et à la bonne compréhension des enjeux, nous proposons de faire apparaître sur les bulletins de salaire les conséquences sociales des exonérations de cotisations.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1463 de M. Hadrien Clouet.

Mme Karen Erodi (LFI - NUPES). Selon la Cour des comptes, le montant des exonérations dépasserait 90 milliards d'euros, soit quasiment le budget des hôpitaux. Les cotisations sociales ne sont plus majoritaires dans le financement de la sécurité sociale, ce qui, symboliquement, constitue pour celle-ci une perte d'autonomie importante. Techniquement, cette structure financière met en danger l'intégrité de la construction de la protection sociale telle qu'on la connaît depuis 1946. Si la sécurité sociale se met sous la coupe des budgets de l'État, elle sera plus facilement victime des tentatives d'assèchement lancées par les régimes néolibéraux afin de développer les solutions alternatives privées.

L'amendement vise à permettre à l'État de garder des marges de manœuvre, en évitant qu'il ne se lie lui-même les poings. Le refuser serait un geste purement idéologique : il ne s'agit que de sanctuariser une possibilité.

Outre qu'il offrirait au Gouvernement la possibilité de revenir sur ces exonérations, il ferait taire, au moins provisoirement, les députés de la NUPES, qui vous rappellent à longueur de journée et de soirée le montant des exonérations accordées aux grandes entreprises. Soucieux de la bonne santé des membres du Gouvernement et de nos collègues de la majorité, nous appelons à son adoption.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait. Rien n'empêche de revenir sur des exonérations.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Adopter l'amendement serait une façon de prendre acte du rapport publié aujourd'hui, estimant à 160 milliards le volume global des aides versées aux entreprises. Ces chiffres n'ont pas été publiés par Bercy depuis une quarantaine d'années.

Cela permettrait aussi de résorber une forme d'asymétrie. Nous avons souvent entendu dire, dans cette commission, qu'aucun droit n'est acquis, du moins s'agissant des retraités, des chômeurs et des salariés. Nous proposons de faire œuvre de cohérence en rappelant aux grandes entreprises que rien ne leur est dû.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 11 non modifié.

Après l'article 11

Amendements identiques AS622 de Mme Josiane Corneloup, AS811 de Mme Joëlle Mélin et AS970 de Mme Isabelle Valentin, amendements identiques AS565 de Mme Josiane Corneloup et AS912 de Mme Isabelle Valentin, amendements identiques AS134 de M. Jérôme Guedj et AS1078 de Mme Sandrine Rousseau, amendements AS133 de M. Jérôme Guedj, AS1084 de Mme Sandrine Rousseau et AS732 et AS731 de M. Pierre Dharréville (discussion commune).

Mme Josiane Corneloup (LR). L'amendement AS622 prévoit d'élargir aux Ehpad et aux unités de soins de longue durée (USLD) la réduction pérenne de cotisations sociales dont bénéficient les seuls Ehpad des secteurs privé, lucratif et non lucratif. Depuis 2019, le secteur public ne bénéficie pas de l'abattement de charges pérennes de 8 % de la masse salariale, ce qui est inéquitable.

Agréés intégralement à l'aide sociale, les Ehpad et USLD publics sont en première ligne pour assurer l'accessibilité aux Ehpad des personnes âgées à faibles ressources. Leurs tarifs d'hébergement sont inférieurs de 600 euros par mois en moyenne à ceux des secteurs commercial et associatif. Ne pas appliquer les abattements de cotisations sociales aux établissements publics les places dans une situation de désavantage concurrentiel.

M. Elie Califer (SOC). La transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement de cotisations patronales a induit une perte de recettes de 22 milliards d'euros pour l'assurance maladie en 2020.

L'amendement AS134 vise à encourager la création d'emplois, qui a été décevante en raison du caractère insuffisant des contreparties demandées aux entreprises. Les dispositions que nous proposons permettent d'établir un équilibre et une proportionnalité entre l'allègement de cotisations et les bénéfices enregistrés par l'entreprise. Ainsi, les allègements de cotisations profiteraient davantage à l'emploi qu'aux distributions de dividendes.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS1078 vise à conditionner, pour toutes les entreprises, le bénéfice des allègements de cotisations patronales du respect des obligations en matière sociale, environnementale et fiscale suivantes : absence de délocalisation ; égalité salariale entre les femmes et les hommes ; absence de versement de dividendes au titre de l'année 2022.

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS133 concerne les entreprises dont la taille est supérieure ou égale au seuil européen de l'entreprise moyenne. Pour bénéficier des allègements de cotisations patronales, elles doivent remplir, en matière sociale, fiscale et environnementale, les obligations suivantes : remise d'un rapport annuel faisant état de la trajectoire de réduction des émissions de gaz à effet de serre (GES) à l'horizon 2030 ; non-délocalisation d'activités à l'étranger pouvant entraîner la réduction du nombre d'emplois sur le territoire national ; égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Le non-respect d'au moins une de ces obligations entraîne un remboursement du bénéfice de l'allégement de cotisations patronales et le paiement d'une sanction pécuniaire définie par décret.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS1084 tend à soumettre les allégements de cotisations patronales pour les multinationales au respect des obligations en matière sociale, environnementale et fiscale suivantes : absence de délocalisation ; égalité salariale entre les femmes et les hommes ; remise d'un rapport annuel faisant état de la trajectoire de réduction des émissions de GES à l'horizon 2030.

Le non-respect d'au moins une de ces obligations entraîne un remboursement du bénéfice de l'allégement de cotisations patronales et le paiement d'une sanction pécuniaire définie par décret.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). L'amendement AS731 prévoit l'extinction progressive sur deux ans de l'allégement de cotisations patronales de l'assurance maladie, qui représente un coût annuel moyen de 22 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Accordé sans contrepartie aux entreprises, il a montré son inefficacité en matière de création d'emplois.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Sur le fond, les amendements AS134 et AS1078 excluent du bénéfice des allégements une partie des entreprises au motif des choix qu'elles font et réduisent l'attractivité de la France en matière d'investissements internationaux. Sur la forme, ils prévoient des obligations applicables à compter du 1^{er} janvier 2023, date d'entrée en vigueur du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), ce qui ne laisse aucune chance aux entreprises de se préparer et de s'adapter avant de perdre le bénéfice de l'exonération.

Par ailleurs, j'avoue me perdre un peu dans les préconisations indiquées. Ces amendements conditionnent le bénéfice de l'exonération à la production d'un index de l'égalité professionnelle inférieur à 75 points, une mal façon qui aurait pour effet de sanctionner les 92 % d'entreprises dont l'index de l'égalité professionnelle est supérieur à 75 points en 2022.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Ces amendements posent de manière très claire le problème de « l'invisibilisation » de dizaines, sinon de centaines de milliards d'euros d'exonérations, qui ne sont plus mises en question. Elles doivent l'être à nouveau. Nous devons avoir le détail, année après année, des exonérations de cette liste à la Prévert, et évaluer l'utilité de chacune d'entre elles.

Par exemple, le CICE n'existe plus comme tel ; c'est à présent une exonération qui fait partie du paysage – elle est « invisibilisée ». Lorsqu'il existait, nous avions la possibilité de discuter chaque année de l'usage que nous voulions faire de ces 20 milliards d'euros. On était pour ou contre, mais le débat avait lieu. Aujourd'hui, le débat sur cette somme colossale, avec laquelle on pourrait employer des millions de personnes, n'a plus lieu.

Je doute fort qu'il soit nécessaire de maintenir ces exonérations pour des raisons de compétitivité internationale. Les trois principaux bénéficiaires du CICE sont des entreprises de la grande distribution – Auchan, Carrefour et Casino –, qui ne sont pas en compétition à l'international. Les exonérations de cotisations et autres allègements ne sont absolument pas ciblés. Ils pourraient l'être, s'il s'agit par exemple d'affronter la compétition internationale, sur le monde de l'industrie, notamment les PME.

Zéro ciblage, cela donne lieu à un arrosage tous azimuts, dont de multiples rapports démontrent l'inutilité. C'est une gabegie pour les finances publiques. Il y a donc, dans ces 160 milliards d'euros, du tri à faire et de la conditionnalité à introduire. Votre réponse en bloc n'est pas satisfaisante à l'aune de ce que serait une bonne gestion des finances publiques, qui suppose une analyse au cas par cas des lignes budgétaires concernées.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Les excellents amendements de Pierre Dharréville ont le mérite de rappeler que les 22 milliards d'euros d'exonérations annuelles représentent à peu près un million d'emplois dans le pays. La question est de savoir si cela vaut le coup. Quelles garanties avons-nous que les sommes ainsi dépensées aboutissent à des créations d'emplois ? Les entreprises n'en créent pas.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Les amendements complexifient ce qui a le mérite de la simplicité. Ils auraient pour effet de créer des usines à gaz privant les entreprises de lisibilité. Depuis 2017, voire un peu avant, nous avons mené avec profit une politique de l'offre, qui a permis de réindustrialiser la France, d'en faire la première terre d'investissements étrangers en Europe et, surtout, de créer des dizaines de milliers d'emplois.

M. Jérôme Guedj (SOC). J'ai souvent entendu, lors d'une précédente législature, qu'il ne fallait exiger aucune contrepartie au CICE, puis aux allègements de cotisations, au nom de la simplicité. Nous disposons à présent d'évaluations de son impact, menées notamment par le Conseil d'analyse économique (CAE) et par le comité d'évaluation de la loi relative à la croissance et à la transformation des entreprises (« Pacte »). En six ans, nous avons mobilisé 110 milliards d'euros en allègements de cotisations, pour des effets jugés très limités par les acteurs économiques et par le consensus des économistes : 40 000 à 70 000 emplois ont été créés.

Ces amendements ont tous pour objet d'introduire des contreparties pour cibler les exonérations. Chacun se souvient du pin's « 1 million d'emplois » et du discours « Pas de contrepartie, tout va bien, tout va être fluide ».

Je ne conteste pas la nécessité d'une politique de l'offre. Elle peut être pertinente, mais pas quand elle est à ce point déséquilibrée. Elle l'est d'autant plus que, pour financer le CICE, on a d'emblée opté pour la modération salariale et la baisse de la dépense publique, sans parler d'une augmentation de la TVA à une époque. L'erreur est humaine, elle a été commise jadis ; persévérer est diabolique.

Mme Monique Iborra (RE). L'évaluation du CICE a en effet démontré qu'il n'a pas créé un grand nombre d'emplois, mais tel n'était pas son unique objet. En revanche, il a induit des augmentations de salaire, en accord avec les organisations syndicales, que j'ai interrogées à ce sujet et qui me l'ont confirmé. Noircir ainsi le tableau est un peu exagéré.

M. Thibault Bazin (LR). Nos entreprises demandent de la stabilité. Elles n'ont pas besoin que leurs charges augmentent. Les amendements auraient pour effet de détruire des emplois, ce que personne ne souhaite.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS737 de M. Pierre Dharréville, AS136 de M. Jérôme Guedj et AS717 de M. Pierre Dharréville (discussion commune).

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). La majorité répugne à créer de nouvelles recettes pour la sécurité sociale. L'amendement AS737 tend à limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales, issu du pacte de responsabilité, aux seuls bas salaires dont le montant est inférieur à 1,6 Smic. Appliqué aux rémunérations inférieures ou égales à 3,5 Smic, il est inefficace en matière de création d'emplois et de compétitivité, et coûteux pour les finances sociales, en raison de la perte de recettes considérables qui en résulte pour la branche famille.

M. Jérôme Guedj (SOC). *« Si les réductions de cotisations sociales se sont beaucoup développées depuis 2012, de récents travaux d'évaluation montrent que l'effet sur l'emploi et la compétitivité est très incertain quand elles ne sont pas ciblées sur les niveaux de rémunérations les plus faibles. C'est le cas pour la réduction de 1,8 point de la cotisation famille qui s'applique jusqu'à 3,5 Smic. Un abaissement à 2,5 Smic permettrait d'affecter au financement de la branche autonomie 1,1 milliard d'euros, avec une montée en charge sur deux années (2022 et 2023), sans effet notable sur l'emploi et la croissance. »*

Ces phrases sont extraites du rapport Vachey. Ce haut fonctionnaire, inspecteur général des finances, reconnu pour ses compétences, a été mandaté par le précédent gouvernement pour réfléchir à des pistes de financement de la branche autonomie. Comme je suis un garçon un peu têtu, je continue de développer l'idée de flécher les ressources ainsi dégagées vers le financement de la branche famille.

Nous disposerions là d'un peu plus de 1 milliard d'euros, celui-là même qui manque cruellement pour financer à hauteur suffisante la branche autonomie, dont nous avons beaucoup parlé hier et dont nous continuerons à beaucoup parler aussi longtemps que nous n'aurons pas une loi « Grand âge et autonomie » digne de ce nom.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). L'amendement de repli AS717 prévoit de limiter le champ d'application de l'allègement de cotisations patronales familiales aux salaires inférieurs ou égaux à 2,5 Smic, afin de dégager des recettes pour la sécurité sociale.

Mme la rapporteure générale. Têtue moi aussi, je demeure défavorable à l'augmentation des cotisations, d'autant que les abaissments de plafond proposés sont assez brutaux.

Avis défavorable.

Mme Annie Vidal (RE). Nous avons longuement étudié le rapport Vachey en commission et auditionné son auteur. Nous lui avons fait savoir, d'un commun accord, que nous n'étions pas favorables à ses propositions, car les augmentations de cotisations, de charges fiscales, de taxations diverses et variées ne correspondent pas à la politique que nous nous sommes engagés à mener.

Sa commande était de recenser les pistes possibles. Toutes ne sont pas compatibles avec notre politique. Que certains collègues y fassent référence me surprend, car une bonne part de ses propositions ne sont pas avantageuses pour les ménages les plus modestes.

M. Marc Ferracci (RE). Ces amendements soulèvent une question pertinente, débattue par les économistes depuis de nombreuses années.

Sur le fond, je ne suis pas défavorable au principe qui les sous-tend. Les exonérations de charges sur des salaires trop élevés ont des effets modestes sur l'emploi, car elles sont en général captées par les salariés sous forme de renégociation salariale, au fil du temps. Leurs effets sur l'emploi et la compétitivité s'en trouvent atténués, voire annulés.

Dans le détail, il faut être attentif au seuil, exprimé en nombre de Smic, en dessous duquel les exonérations s'appliquent, et au rythme auquel elles diminuent au-dessus. Dans un rapport publié en 2019, le CAE a recensé plusieurs études consacrées à l'élasticité de la demande de travail à la baisse de son coût. Toutes concluent qu'au-delà de 2,5 Smic, les allègements de cotisations sont sans effet.

Certes, l'amendement AS717 prévoit ce seuil, mais le rythme d'extinction au-delà de 2,5 Smic qu'il prévoit est brutal. Or les évaluations, notamment celle du CICE menée par France Stratégie, démontrent qu'il faut tenir compte du rythme auquel on modifie les règles pour maximiser les effets des changements de règles.

Il faut rejeter les amendements, pour des raisons non de principe mais de détail.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Je ne comprends pas ce qui va trop vite : est-ce l'accélération de la baisse des cotisations ?

Notre collègue Guedj s'appuie sur le constat du rapport Vachey qu'à partir de 3,5 Smic, les allègements de cotisations ne présentent aucune utilité. Ces dernières sont devenues si naturelles, vous les avez si « invisibilisées » que vous traduisez la proposition d'en limiter le champ à 2 Smic par une augmentation de cotisations.

Pourquoi des baisses de cotisations continuent de s'appliquer au-dessus de 3,5 Smic ? Vous ne donnez pas de réponse précise à cette question. Plutôt que de dire que le rapport Vachey ne correspondait pas à la politique que vous souteniez à l'époque, vous devriez expliquer pour quelles raisons les propositions formulées ne fonctionneraient pas.

Vous vous en tenez à votre volonté dogmatique de baisser systématiquement les cotisations ; nous, nous sommes des bricoleurs pragmatiques, et nous préconisons des ciblage et la fixation de conditions.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je crois comprendre que c'est surtout le rythme de réduction des exonérations qui gênerait. Mon esprit taquin me souffle que ces questions de rythme se sont moins posées au moment de l'instauration des allègements...

Si la majorité est d'accord pour revenir sur les baisses de cotisations, même si ce n'est pas au rythme que nous souhaitons, ce sera toujours ça de pris. Je suggère le dépôt de sous-amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS1400 de Mme Sandrine Rousseau et AS1446 de M. Frédéric Mathieu.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Il s'agit de supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, qui grèvent le budget de la sécurité sociale et contribuent à maintenir une partie des travailleurs à de faibles niveaux de rémunération et de qualification.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Les allègements généraux de cotisations sociales – et non de charges – patronales sur les bas salaires sont des trappes à bas salaires, lesquelles deviennent très vite des trappes à pauvreté. Ils contribuent à la précarité et à la maltraitance au travail, car ils concernent souvent des contrats courts, des temps partiels subis – emplois très majoritairement occupés par des femmes –, faiblement rémunérés et plus exposés au risque de chômage et aux nuisances. Par les allègements, on subventionne donc la violence au travail. Non seulement ces mesures ont une utilité sociale nulle mais leur effet sur l'emploi n'a jamais été vraiment démontré. Nous en proposons la suppression.

Mme la rapporteure générale. L'efficacité de ces allègements sur l'emploi a bien été montrée. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendements AS726 et AS724 de M. Pierre Dharréville (présentation commune).

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Ces amendements ciblent les allégements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires accordés aux entreprises quelles que soient leurs pratiques en matière d'emploi, de salaires, d'investissement ou leur impact sur l'environnement. L'amendement AS724 vise à supprimer les allégements de manière progressive, tandis que l'amendement AS726 a pour objet de les conditionner aux pratiques sociales et environnementales.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable pour les raisons précédemment évoquées.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1425 de Mme Caroline Fiat.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Les salaires des femmes demeurent inférieurs de 25 % à ceux des hommes, et de 15 % à poste égal : c'est comme si elles travaillaient gratuitement de début novembre à fin décembre. L'un des moyens de lutter contre cela est de conditionner les aides aux entreprises à leur situation en matière d'égalité salariale.

Mme la rapporteure générale. Cet amendement est satisfait par un autre que nous avons adopté hier. Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1424 de M. Frédéric Mathieu.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Il convient de subordonner les exonérations de cotisations sociales au respect d'obligations sociales et environnementales.

Mme la rapporteure générale. Je reste défavorable à ces propositions. De surcroît, vous conférez beaucoup de latitude au pouvoir réglementaire pour définir les critères, laissant ainsi peu de place au Parlement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS738 de M. Pierre Dharréville et AS1544 de Mme Ségolène Amiot.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il s'agit de mettre fin à la désocialisation des heures supplémentaires. Présenté, à l'époque, comme une mesure favorable au pouvoir d'achat, ce dispositif non compensé a entraîné une perte de recettes de 1,8 milliard d'euros par an pour la sécurité sociale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Je rappelle que, pour un salarié au Smic effectuant quatre heures supplémentaires hebdomadaires, ce dispositif se traduit par un gain de 300 euros par an.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je suis favorable à l'augmentation du pouvoir d'achat par l'accroissement des salaires. En l'occurrence, l'exonération de cotisations porte atteinte à l'intégrité du salaire. De surcroît, cette mesure pèse sur la sécurité sociale en encourageant la pratique des heures supplémentaires, qui ne sont pas sans effet sur la santé.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Ces amendements seraient bénéfiques à double titre. Premièrement, chaque heure de travail resocialisée rapporterait de l'argent à la sécurité sociale. Deuxièmement, de manière indirecte mais non moins significative, ils réduiraient ces ennemies de l'emploi que sont les heures supplémentaires : plus les salariés en effectuent, plus leur temps de travail hebdomadaire s'allonge, moins les employeurs sont incités à créer des emplois.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1449 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Entre 2013 et 2017, le CICE a coûté à la collectivité 90 milliards – quatre fois le montant annuel de l'impôt de solidarité sur la fortune ou le budget de quatorze centres hospitaliers universitaires chaque année – pour 100 000 emplois créés. Chacun de ces emplois a donc coûté 160 000 euros par an. En 2019, pour plus d'efficacité – ou plutôt entériner les dégâts –, la Macronie a transformé le CICE en exonérations pérennes de cotisations sociales. Ce basculement a eu un résultat très relatif puisque, selon le Conseil d'analyse économique, il a donné lieu à la création, en 2019, de 260 000 emplois pour un coût de près de 40 milliards, ramenant le coût de chaque emploi à 150 000 euros par an.

Le rapport de 2022 de l'Institut des politiques publiques indique qu'il n'est pas encore possible de démontrer les effets du CICE sur le comportement des entreprises. Quoi qu'il en soit, avec cet argent, on aurait pu instaurer la gratuité des transports en commun dans tout le pays. On a préféré financer des entreprises qui ne créent pas d'emplois. N'est-il pas temps de mettre fin à cette gabegie ?

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). C'est bien vous qui videz les caisses, pas nous ! Il a été démontré que le CICE était inutile et source de gabegie sous cette forme d'arrosage généralisé, mais vous pérennisez 20 milliards d'euros annuels. 2 minutes de débat sans obtenir aucune réponse sur le fond, c'est très problématique du point de vue de la gestion des finances publiques. Vous vous présentez comme de bons gestionnaires alors que vous dilapidez l'argent public, et cela devrait passer comme une lettre à la poste ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1450 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Par cet amendement de repli, les exonérations répondraient aux besoins réels des entreprises : en seraient exclues du bénéfice celles dont la bonne santé financière ne nécessite pas un tel cadeau.

Ni le CICE ni les plans d'investissement comme France Relance ou France 2030 ne sont soumis à une forme de conditionnalité ou de contrepartie. L'ensemble des services publics sont soumis à toujours plus de restrictions quand le soutien au secteur privé est massif et dénué de tout esprit de responsabilisation quant aux conséquences sociales, économiques et environnementales. Les pensions diminuent, en euros constants, tandis que les dividendes atteignent un niveau record. Revenons à la raison et à la responsabilité ; ne laissons plus l'argent des contribuables accroître les bénéfices de grandes entreprises et enrichir leurs actionnaires.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, pour les raisons précédemment exposées.

M. Marc Ferracci (RE). Contrairement à ce qui a été dit, le plan de relance est soumis à des contreparties au regard de l'index de l'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'en matière d'émissions de carbone et de transition écologique – cette disposition ayant été introduite par un amendement d'Alexandre Holroyd au projet de loi de finances.

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). J'aimerais avoir connaissance de l'index de l'égalité entre les hommes et les femmes dans les entreprises et obtenir des précisions sur les contrôles effectués.

Envisage-t-on de verser des indemnités journalières à des salariés qui ne sont pas en arrêt maladie ? Cessons donc de faire des cadeaux fiscaux et sociaux à des entreprises qui n'en ont objectivement pas besoin !

M. François Ruffin (LFI - NUPES). De même qu'on trouve des requins et des sardines parmi les poissons, il y a parmi les entreprises celles qui accumulent les milliards et les reversent prioritairement sous forme de dividendes à leurs actionnaires, et celles qui se débrouillent comme elles peuvent. Toutes ces exonérations, du CICE à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises, sont offertes en un paquet commun, et les requins sont mieux servis que les sardines.

Selon l'Insee, le taux de marge des entreprises n'a jamais été aussi élevé depuis la création de l'indice, en 1949. C'est pourquoi il nous paraît nécessaire d'examiner ce que l'on donne, à qui et à quelle fin. Il ne s'agit pas d'abolir toute aide aux entreprises, mais de procéder à un tri en fonction des besoins, ce que l'on nous refuse par dogmatisme. J'avais chiffré le coût de chaque emploi créé dans le cadre du CICE à 200 000 euros ; rapporté à 20 000 euros par emploi au Smic, on aurait pu embaucher dix fois plus de salariés. C'est le tonneau des Danaïdes, avec l'argent des Français !

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Ce dispositif a été extrêmement critiqué, notamment pour les aberrations auxquelles a conduit l'absence de distinction entre les entreprises, mais aussi pour son coût très élevé.

Du fait de la multiplication des exonérations, la cotisation n'est plus le mode majoritaire de financement de la sécurité sociale, ce qui n'est pas le moindre des problèmes. J'ai cru comprendre qu'une forme de convergence serait envisageable au sujet du CICE, dans la mesure où c'est avant tout le rythme d'application des mesures proposées qui semblait gêner plusieurs orateurs de la majorité. Quel rythme souhaiteriez-vous adopter pour commencer à retoucher le CICE ?

La commission rejette l'amendement.

Article 12

Approbation, pour l'année 2023, du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Amendement de suppression ASI382 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Voilà vingt-sept ans que la Cour des comptes tient à peu à peu le même discours alarmiste sur la gestion des comptes de la sécurité sociale. Les rapports de certification, établis depuis 2004, ont rendu le constat encore plus accablant. C'est pourquoi nous continuons de dire qu'il n'est pas possible de donner quitus. Nous refusons d'approuver le tableau d'équilibre et, en conséquence, demandons la suppression de l'article.

Mme la rapporteure générale. Je ne comprends pas pourquoi vous voulez supprimer l'article, dans la mesure où il fait apparaître plusieurs éléments positifs : le déficit des comptes sociaux est ramené à 11 milliards d'euros ; aucune branche n'est en déficit de plus de 7 milliards ; la branche autonomie est certes déficitaire de 1,2 milliard mais elle bénéficiera, à compter de 2024, d'une part du transfert de la contribution sociale généralisée (CSG).

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement ASI470 de M. Hadrien Clouet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). On ne peut que s'étonner de l'emploi des termes « dette sociale », puisqu'on ne voit pas envers qui une société s'endette, si ce n'est certains de ses membres.

Finalement, l'exercice auquel nous nous livrons ici est de savoir comment financer nos besoins fondamentaux. L'un des outils essentiels de ce financement, c'est la cotisation sociale, qui a beaucoup de vertus, notamment sa dimension démocratique – à condition que le Gouvernement laisse les négociations paritaires se

dérouler comme elles le devraient. La cotisation présente toutefois l'inconvénient d'être plafonnée : plus le salaire est élevé, plus le rapport entre la cotisation et la rémunération est faible.

Pour rétablir une logique de contribution plus égalitaire et redistributive, l'amendement vise à créer une cotisation sur les très hauts revenus, supérieurs à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale, c'est-à-dire excédant 17 000 euros mensuels – revenu extrêmement confortable, à la limite de l'indu.

Mme la rapporteure générale. Par cohérence avec mes positions précédentes, avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). J'aimerais comprendre pourquoi, dès lors qu'il ne s'agit plus du prix du travail pour les bas salaires. Au pire, on désincite l'embauche au-dessus de 17 000 euros, ce qui n'est vraiment pas grave.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 12 non modifié.

Article 13

Fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement AS1548 de Mme Ségolène Amiot.

Amendement AS1524 de Mme Ségolène Amiot.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). L'institution de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) constitue une rupture historique dans le traitement des déficits des comptes de la sécurité sociale. Auparavant, soit le solde était repris par le Trésor, soit les dotations étaient accrues par le biais de paniers fiscaux ou de fonds *ad hoc*. Filiale de Bercy, la Cades a été créée en 1996, prétendument pour résorber le trou de la sécurité sociale – à cet égard, son bilan n'est pas glorieux. Elle est financée aux trois quarts par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), qui s'applique, à un taux unique de 0,5 %, aux revenus d'activité. Elle verse plus de 1 milliard d'euros d'intérêts par an, qui correspondent à la moitié du stock de dette remboursé jusqu'à présent.

La logique financière dans laquelle est entrée la sécurité sociale coûte extrêmement cher. De surcroît, le texte fait assumer à la Cades de nouvelles charges, auxquelles elle fera face par un endettement accru sur les marchés financiers. Ce procédé, dont nous contestons le principe même, nous paraît cher et inefficace.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Il me semble que votre amendement manque sa cible : afin de supprimer l'objectif d'amortissement de la Cades, vous prolongez la CRDS, que vous n'affectez pas, sans transférer la dette à l'État.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Si vous partagez notre objectif, nous sommes totalement ouverts à des sous-amendements.

M. Jérôme Guedj (SOC). La loi du 7 août 2020, qui a prolongé la durée de vie de la Cades afin qu'elle rembourse l'intégralité de la dette issue de la crise sanitaire, a entériné une fuite en avant en fixant un objectif d'amortissement extrêmement court, au nom de la crédibilité sur les marchés financiers. La Cades dispose de trois sources de financement : la CRDS, une fraction de la CSG et l'abondement du Fonds de réserve pour les retraites, ce qui représente un total compris entre 15 et 16 milliards d'euros. Vous avez fait un choix purement politique en vous privant des 14 à 15 milliards issus de la CRDS et de la CSG, qui constituaient la principale ressource disponible, sans augmentation des prélèvements obligatoires, pour financer deux réformes essentielles : le Ségur de la santé et, plus largement, l'hôpital public. Si la dette sociale s'était éteinte, c'est parce qu'on avait serré la ceinture de l'hôpital public pendant plusieurs années. On peut rouvrir le débat et faire marche arrière.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 13 non modifié.

La réunion est suspendue de vingt-deux heures quarante à vingt-deux heures cinquante-cinq.

Article 14

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

La commission adopte l'article 14 non modifié.

Après l'article 14

Amendement AS862 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). La loi de financement de la sécurité sociale de 2021 a acté l'affectation d'une part supplémentaire de CSG à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à partir de 2024. La CNSA est en charge de la cinquième branche, dite branche autonomie, créée par la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. À ce titre, elle veille à l'équilibre de la branche et est chargée de la gestion du risque. La

cinquième branche a réuni dans son périmètre les financements qui étaient dédiés à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap. Bien que cette nouvelle source de financement soit la bienvenue, elle semble insuffisante pour faire face au vieillissement de la population d'ici à 2030.

Afin que le Parlement puisse se prononcer de manière éclairée sur les besoins de financement de la branche, une évaluation comparative visant à l'informer des besoins réels et des ressources affectées semble indispensable. Une annexe dédiée à la prospective serait bienvenue pour anticiper le besoin en investissement dans le secteur médico-social. Cet amendement a été travaillé avec la Fédération hospitalière de France.

Mme la rapporteure générale. On trouve dans, le rapport Libault, commandé par Agnès Buzyn, l'approche prospective que vous appelez de vos vœux. Par ailleurs, l'annexe au PLFSS, ajoutée en 2020, relative à l'effort de la nation en faveur du soutien à l'autonomie décrit en profondeur les modalités de financement de la cinquième branche, qui est la seule à bénéficier d'une telle annexe explicative.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 15

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Amendement de suppression AS1402 de Mme Joëlle Mélin.

Mme Joëlle Mélin (RN). Nous n'approuvons pas le rapport figurant à l'annexe B, qui décrit la trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour les quatre prochaines années. Celui-ci reflète des choix politiques auxquels nous sommes opposés, comme le choix systématique de l'hôpital aux dépens de la médecine de ville alors que les deux sont atteints ou celui de réaliser des économies uniquement sur les produits de santé, sans améliorer l'efficacité de la dépense hospitalière.

Nous contestons surtout les hypothèses économiques du rapport, en particulier la prévision de croissance du produit intérieur brut sur laquelle PLFSS se fonde. La Cour des comptes a d'ailleurs souligné l'optimisme de ces hypothèses, pour ne pas dire leur manque de réalisme.

En conséquence, l'amendement vise à supprimer l'article.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements AS1516 de M. Frédéric Mathieu et AS1489 de M. Charles de Courson (discussion commune).

M. François Ruffin (LFI - NUPES). L'amendement AS1516 tend à effectuer un rattrapage sur les pensions de retraite et les prestations sociales. Malgré une inflation de 5,4 % en 2022, les pensions ont été revalorisées de 3,1 %, soit une perte de 2,3 points, et de 2 points pour les prestations sociales.

Un rattrapage est également nécessaire pour les salaires, mais c'est un autre sujet.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement AS1489 a pour objet la revalorisation des pensions de retraite au 1^{er} janvier 2023, qui doit tenir compte d'une prévision d'inflation révisée à 4,3 % pour 2023. Il est proposé que la future revalorisation soit supérieure à celle envisagée par le Gouvernement, comme il s'y était engagé.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Il ne sert à rien de modifier l'annexe budgétaire, qui décrit les projections d'évolution de dépenses, fondées sur notre programme politique.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Dites-nous alors où on opère ce rattrapage ! Les retraités se sont tout de même fait gruger de près de 3 %, comme les bénéficiaires des prestations sociales.

M. Philippe Vigier (Dem). Dans l'exposé sommaire de son amendement, Charles de Courson précise que les pensions ont été revalorisées de 1,1 % au 1^{er} janvier 2022 et de 4 % au 1^{er} juillet 2022. Le compte n'y est pas dans l'amendement de M. Mathieu.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Mon collègue Charles de Courson a déposé cet amendement d'appel pour connaître les intentions de la majorité concernant la future revalorisation. Mme la rapporteure générale a seulement répondu que les modifications n'étaient pas introduites au bon endroit.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1543 de M. Hadrien Clouet.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Cet amendement d'appel vise à supprimer l'alinéa 10, qui traite des projections d'Ondam pour les prochaines années.

Le Gouvernement s'est engagé envers Bruxelles à limiter fortement la hausse des dépenses publiques, à 0,6 % par an, niveau inédit qui suppose d'accroître les dépenses bien moins vite que les besoins. Les prévisions d'évolution de l'Ondam le confirment, avec une hausse de 2,3 % en 2024, 2,7 % en 2025 et 2,6 % en 2026. L'augmentation de cette année ne permet même pas de couvrir la hausse des charges.

Pour les hôpitaux, les 4,1 % de hausse représentent environ 4 milliards, alors que les charges augmentent de 4 à 5 milliards. La situation catastrophique des Ehpad et des hôpitaux va empirer si le Gouvernement tient ses promesses.

Nous nous opposons donc à cette trajectoire pluriannuelle.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Je rappelle que l'Ondam prévu couvre l'inflation en 2022 et 2023.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Il s'agit justement de ne pas établir l'évolution de l'Ondam sur l'inflation. Rester à enveloppe constante, même dopée par un peu d'inflation, ne produit pas d'effet, car les besoins augmentent, notamment en raison du vieillissement de la population et de l'évolution des dépenses des hôpitaux. Cela revient à réduire l'enveloppe chaque année, et c'est ce qui, dans la durée, a produit la crise de l'hôpital public.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1475 de Mme Caroline Fiat.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Par cet amendement, nous appelons l'attention du Gouvernement sur la taxe sur les salaires pour les hôpitaux publics. En 2018, la Cour des comptes estimait que cette taxe présentait une « circularité » importante et que son recouvrement était peu performant. Elle suggérait d'explorer une piste de simplification, en excluant de l'assiette les établissements publics nationaux sans activité lucrative et les organismes de sécurité sociale.

Pour les hôpitaux, la taxe représente chaque année 4 milliards d'euros : c'est une charge bien trop lourde dans le contexte austéritaire qu'entretient le Gouvernement. Plusieurs milliards d'économies leur ont été demandés, et la progression de l'Ondam en 2023 ne permettra même pas de couvrir la hausse des charges. Ces 4 milliards permettraient de revaloriser les salaires, d'améliorer les conditions de travail et d'inverser la tendance à la fermeture de services, en recrutant les personnels manquants.

Mme la rapporteure générale. Nous avons déjà eu ce débat hier. Il serait dommage de supprimer l'alinéa 19, qui traite du rétablissement des comptes de l'assurance maladie.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1497 de M. Frédéric Mathieu.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il vise à supprimer la mention de la réforme des retraites dans l'annexe B. Celle-ci prévoit explicitement que les

dépenses soient contenues grâce à « *l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat* ». En clair, la réforme des retraites est déjà tenue pour acquise.

Emmanuel Macron fait mine de croire que son élection équivaut à un blanc-seing accordé par le peuple pour reculer l'âge légal de départ à la retraite. Pourtant, 70 % des Français s'opposent à cette réforme antisociale. Nous nous faisons le relais de cette volonté populaire bafouée par le Gouvernement, en nous opposant à ce qu'elle soit prise en compte dans les projections financières de l'assurance vieillesse.

Mme la rapporteure générale. Comme le programme de stabilité, l'annexe B prend en compte dans ses prévisions les réformes à venir et toutes les mesures annoncées par le Gouvernement – les 50 000 postes en Ehpad, par exemple. C'est pourquoi on ne doit pas supprimer la fin de la première phrase à l'alinéa 26.

M. Philippe Vigier (Dem). Madame Amiot, vous avez été entendue car la réforme des retraites ne figure plus dans le PLFSS. Bravo pour votre pouvoir de conviction !

M. Frédéric Mathieu (LFI - NUPES). Elle est quand même sur la table et dans l'annexe !

Madame la rapporteure générale, vous avez d'abord estimé qu'un de nos amendements donnait trop de latitude au pouvoir réglementaire et qu'il fallait respecter le Parlement. Puis, vous tenez pour acquis des projets qui ne sont pas encore inscrits à l'ordre du jour de notre assemblée. J'ai du mal à comprendre votre cohérence.

Mme la rapporteure générale. Vous supprimez une information à laquelle je tiens pour établir les projections de l'annexe B.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1542 de M. Hadrien Clouet.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Nous proposons de ne pas approuver le rapport figurant en annexe B.

Le Gouvernement s'est engagé envers Bruxelles à limiter fortement les dépenses publiques – les projections austéritaires de 2022 à 2024 viennent cependant d'être balayées en séance lors de la discussion du projet de loi de programmation budgétaire ! La hausse prévue, de seulement 0,6 % par an, suppose d'augmenter les dépenses bien moins vite que les besoins.

Le Gouvernement annonce la fin de l'abondance, toute relative, pour la sécurité sociale et la nécessité de « *tenir le cap du redressement des comptes sociaux* ». Concrètement, l'augmentation de l'Ondam va ralentir, pour revenir au rythme d'avant la crise sanitaire, encore moins satisfaisant que l'actuel. La prévision

de hausse de 2,3 % en 2024 est synonyme d'une dégradation chaque année de l'offre de soins. De même, la réforme des retraites est censée permettre des économies pour la branche retraites.

Le Gouvernement prévoit également une perte massive de pouvoir d'achat pour les retraités et les bénéficiaires de prestations sociales.

Nous ne pouvons pas cautionner cette trajectoire qui va dégrader encore l'accès aux soins et le système de retraite.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 **non modifié**.*

Après l'article 15

Amendements AS1466 de M. Hadrien Clouet, AS1482 et AS730 de M. Pierre Dharréville (discussion commune).

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Il s'agit de compenser toute nouvelle exonération de cotisations sociales en supprimant une exonération équivalente.

M. Ferracci s'interrogeait sur le rythme auquel on diminuerait ces exonérations ; pour le moment, on ne cesse d'en ajouter ! L'amendement permettra, sinon d'inverser la tendance, du moins de stabiliser la situation.

Mme la rapporteure générale. La suppression mécanique d'une exonération pourrait toucher les agriculteurs ou les sapeurs-pompiers.

Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). La suppression n'a rien de mécanique : pour toute nouvelle exonération, il faudra définir celle qui sera supprimée. Il n'y a aucune raison que les agriculteurs ou les sapeurs-pompiers soient ciblés – ce serait votre choix, pas le nôtre. On peut, en revanche, viser le CICE transformé en exonération pérenne, dont on sait que les principaux bénéficiaires sont Auchan, Casino et Carrefour.

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

Amendement AS733 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Par cet amendement, nous demandons au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant l'impact des dispositifs d'exonération de cotisations sociales sur les créations d'emplois et leur nature, l'évolution des salaires et celle de l'investissement des entreprises.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS1436 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Dans le même état d'esprit, nous demandons au Gouvernement de remettre un rapport évaluant l'impact des mesures d'exonération de cotisations sociales sur l'emploi, les salaires et l'investissement. On vante régulièrement les mérites de ces mesures, qui font toutefois des dégâts importants.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er} Renforcer les actions de prévention en santé

Article 16 **Protection des populations et des travailleurs face à la covid-19**

Amendement AS417 de M. Philippe Juvin.

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit de préciser que les tests covid peuvent être réalisés en laboratoire de biologie médicale, en officine ou chez un professionnel de médecine de ville, afin de favoriser la délocalisation de la biologie.

Mme la rapporteure générale. L'amendement restreint le dispositif. Avis défavorable.

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

*Puis elle **adopte** l'article 16 **non modifié**.*

Article 17

Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés

Amendement AS711 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'amendement vise à intégrer la prévention en santé mentale dans les rendez-vous de prévention. Il n'en est question à aucun endroit dans le texte.

Mme la rapporteure générale. À l'article 17, toute une série d'amendements précisent le contenu des rendez-vous de prévention. Je serai favorable à l'intégration de certaines thématiques – prévention des cancers, santé de la femme et santé mentale.

S'agissant de votre amendement, monsieur Dharréville, je vous propose de le retirer au profit d'un amendement similaire mieux rédigé.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS517 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement rédactionnel ajoute au terme de « prévention » dans la première phrase de l'alinéa 4, les mots « et de bilan personnalisé ». Un bilan permet de couvrir plus largement les besoins des personnes ayant été atteintes par un cancer.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1182 de M. Olivier Falorni.

M. Philippe Vigier (Dem). Il s'agit également d'introduire la notion de bilan personnalisé, afin d'adapter les bilans de prévention aux besoins spécifiques des personnes ayant déjà été atteintes par un cancer.

Mme la rapporteure générale. Pour les mêmes raisons, demande de retrait. À défaut, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Madame la rapporteure générale, pouvez-vous préciser le périmètre des rendez-vous et leur prise en charge par la sécurité sociale, pour nous permettre de nous positionner ?

M. Philippe Vigier (Dem). L'ajout d'un bilan personnalisé permet de faire un focus sur l'état de santé des personnes, quand le terme « prévention » est beaucoup plus large. On s'adresse ainsi à des publics plus à risque, du fait des récidives.

Mme la rapporteure générale. Les consultations sont un moment fort dans notre politique de santé engagée pour la prévention : nous les organisons aux âges clés de la vie – entre 20 et 25 ans ; 40 et 45 ans et 60 et 65 ans, et elles sont remboursées intégralement par la sécurité sociale. Les thématiques qu’elles couvriront seront enrichies au cours des discussions, puis prises en charge de manière opérationnelle selon les territoires, avec les professionnels de santé.

M. Thibault Bazin (LR). Vous voulez organiser trois rendez-vous aux différents âges de la vie, alors que l’on a déjà du mal à trouver les acteurs de santé pour assurer la prévention en matière de protection maternelle et infantile, de médecine scolaire et de médecine du travail. Il faut espérer que ces rendez-vous ne seront pas que de la com’ : ils doivent être des moments de bilan personnalisé.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Qui assurera ces consultations de prévention : des médecins, des professionnels de santé, des *care managers* ? Nous souhaiterions quelques précisions, car les médecins sont déjà surchargés et le temps médical est rare.

M. Yannick Neuder (LR). Ce n’est pas tant l’âge de la personne qui doit définir la période de dépistage, que ses antécédents – un cancer du sein, par exemple. L’idée est d’adapter la prévention au patient et de réduire la cible pour que le taux de dépistage soit le plus élevé.

Mme la rapporteure générale. L’objectif est aussi que personne n’échappe à ces consultations. Il faut aller au plus près des gens, pour chercher ceux qui sont hors du circuit médical, au moins à trois âges clés de la vie. Les rendez-vous seront différents selon l’âge, puisque les pathologies à rechercher et les enjeux de la prévention diffèrent. Ils seront organisés avec l’ensemble des professionnels d’un territoire, en fonction des besoins de celui-ci.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS19 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Un certain flou préside à la définition de ces rendez-vous de prévention, et l’audition avec le ministre n’a pas apporté de réponse concernant leurs modalités de mise en œuvre, de remboursement ou les façons de combler les lacunes du dispositif. On peut d’ailleurs aussi s’interroger à la lecture de l’étude d’impact.

L’amendement vise à remplacer le rendez-vous de 60 à 65 ans par une consultation à 75 ans, dédiée à la perte d’autonomie – dans un monde idéal exempt de l’article 40, elle aurait été ajoutée aux trois autres rendez-vous. C’est la démarche de repérage des fragilités que le Pr Bruno Vellas cherche à généraliser, avec l’approche Icope (*Integrated Care for Older People*).

Mme la rapporteure générale. Un rendez-vous à 70 ans et plus existe déjà. Sur le plan médical, il paraît important de conserver le rendez-vous entre 60 et 65 ans.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1190 de Mme Prisca Thevenot.

Mme Prisca Thevenot (RE). L'amendement précise le contour des nouveaux rendez-vous de prévention, notamment pour répondre aux besoins spécifiques du corps de la femme. L'égalité en droit ne doit pas être synonyme d'effacement des différences, en particulier sur le plan médical. Il s'agit de spécifier le contenu des visites et de communiquer clairement auprès des professionnels, afin qu'ils répondent aux besoins des hommes comme des femmes.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable.

M. Thibault Bazin (LR). Je soutiendrai cet amendement : il importe de prendre en compte ces différences entre le corps de la femme et celui de l'homme, en matière de prévention.

Mme Justine Gruet (LR). L'accès aux soins est différent pour les hommes et les femmes. Pour celles-ci, le suivi est bien assuré par les consultations gynécologiques des médecins traitants, des gynécologues ou des sages-femmes. Au-delà de cet amendement, nous devons porter une attention particulière aux hommes, qui ne bénéficient pas toujours d'un suivi aussi régulier s'agissant des prises de sang ou de l'accès aux soins. Les deux séries de mesures sont complémentaires.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Nous soutenons l'amendement, et je remercie ma collègue Prisca Thevenot d'insister sur la santé des femmes.

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS329 de M. Yannick Neuder, AS456 de M. Jérôme Guedj, AS519 de M. Thibault Bazin et AS754 de M. Paul Christophe.

M. Yannick Neuder (LR). Cibler les personnes qui ont déjà eu un cancer, qu'elles soient en rémission ou en cours de traitement, dans les consultations de prévention, est complémentaire des rendez-vous de prévention aux trois âges de la vie : le dépistage peut s'affiner, pour révéler davantage de récurrences chez ces populations qui sont plus à risque.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je lis dans l'étude d'impact que la consultation de prévention à destination des personnes de plus de 70 ans « est réintégrée dans le cadre commun des rendez-vous de prévention au cours de la vie adulte ». Puis-je en conclure que cette consultation, qui figurait dans le plan Bien vieillir, est maintenue ? Alors que celui-ci ne visait déjà que 200 000 bénéficiaires potentiels, seules 90 000 personnes ont été invitées, sans que l'on sache combien ont répondu.

Quels objectifs ont été fixés en matière de systématisme et d'exhaustivité pour les trois consultations ? Il ne faudrait pas s'apercevoir au fil de l'eau que toutes les situations spécifiques n'ont pas été couvertes, notamment dans les déserts médicaux.

Nous sommes plutôt favorables à ces consultations de prévention – qui étaient d’ailleurs déjà prévues par la loi de modernisation de notre système de santé, de 2016 –, mais nous nous interrogeons sur ce que contiendra la convention d’objectifs et de gestion de la Caisse nationale de l’assurance maladie (Cnam) pour garantir le caractère systématique et automatique des envois de rendez-vous, comme c’est le cas du programme M’T dents dédié aux consultations dentaires gratuites tous les trois ans pour les enfants.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement vise à resserrer les mailles du filet, afin de s’assurer que ces consultations peuvent donner lieu à un bilan des besoins des patients en matière de soins de support.

M. Paul Christophe (HOR). Cet amendement présente un intérêt pour lutter contre la récurrence et pour améliorer la prévention.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable.

Pour rassurer M. Guedj, quatre rendez-vous auront lieu en tout : trois sont prévus par le projet de loi – entre 20 et 25 ans, 40 et 45 ans, puis 60 et 65 ans – et le rendez-vous qui existait déjà à 70 ans demeure. Cela sans compter ceux qui concernent les enfants jusqu’à 18 ans.

De manière plus générale, je comprends que l’on souhaite préciser des orientations pour ces consultations de prévention, mais je ne suis pas certaine que tout doive figurer dans la loi. Il faut conserver de la souplesse, afin d’adapter ces consultations en fonction des besoins particuliers des différents territoires.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS1290 de Mme Annie Vidal.

M. Annie Vidal (RE). Cet amendement propose d’intégrer la prise en charge de l’obésité et du surpoids dans les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie. Il s’agit de pathologies chroniques, dont la prévalence est en forte augmentation et qui peuvent évoluer rapidement vers l’obésité morbide.

Mme la rapporteure générale. Sur ce sujet très important comme sur d’autres, des différences existent selon les régions. Je vais demander le retrait de plusieurs amendements similaires lors de leur examen ultérieur, non pas parce que je considère qu’il ne faut pas s’occuper de la prévention de telle ou telle pathologie, mais parce qu’il faut pouvoir adapter le contenu des consultations par territoire.

Demande de retrait.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS863 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Le PLFSS 2023 est présenté comme mettant le cap sur la prévention. L'article 17 prévoit en effet trois consultations à des âges clés de la vie, destinées à mettre en place des actions de prévention contre les cancers, les conduites addictives ou encore la perte d'autonomie – ce qu'il faut saluer.

La santé environnementale reste pourtant la grande absente du projet de loi. Selon Santé publique France, la pollution de l'air est responsable de 48 000 décès prématurés, soit 9 % de la mortalité en France, et d'une perte d'espérance de vie à 30 ans pouvant dépasser deux ans. La commission d'enquête du Sénat sur le coût économique et financier de la pollution de l'air a évalué le coût sanitaire annuel de cette dernière à 100 milliards d'euros, et 30 % de la population serait atteinte par une allergie respiratoire. Enfin, selon une étude réalisée par Airparif et par l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 7 900 décès pourraient être évités chaque année si les seuils prévus par l'Organisation mondiale de la santé étaient respectés. En 2019, la pollution de l'air était responsable de près d'un décès sur dix dans la région la plus peuplée de France.

L'amendement prévoit donc qu'une information relative aux effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie – y compris le milieu de travail – ainsi qu'à ceux des événements météorologiques extrêmes soit délivrée lors des différentes consultations prévues par l'article.

Mme la rapporteure générale. Tout ne pourra pas être fait à l'occasion de ces consultations. L'information sur la santé environnementale est bien entendu importante, mais elle doit, selon moi, être diffusée tout au long de la vie.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS767 de Mme Marie-Charlotte Garin.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Le 21 septembre 2022, un an après le lancement de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, Mme Charlotte Caubel, secrétaire d'État chargée de l'enfance, a indiqué son souhait de systématiser le repérage des violences sexuelles sur les enfants. Cet amendement vise à mettre en œuvre cette proposition.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS481 de Mme Justine Gruet et AS1289 de Mme Annie Vidal.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement propose que les consultations de prévention prévues par cet article puissent être dispensées par les masseurs-kinésithérapeutes.

Nos politiques de santé se résument souvent à une approche curative, alors que renforcer l'intervention des professionnels de santé de manière préventive permettrait d'obtenir des résultats très bénéfiques pour la santé publique. Des politiques plus efficaces de prévention permettraient de garantir le maintien en bonne santé tout au long de la vie.

Aussi est-il proposé de s'appuyer sur les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, qui sont des professionnels du mouvement et de la prévention. S'appuyer sur eux permettrait de mobiliser 100 000 professionnels de santé formés et bien répartis sur le territoire. Cela constituerait un atout, même si leurs compétences sont bien entendu différentes de celles des médecins.

Mme la rapporteure générale. Les amendements sont satisfaits, puisque tous les professionnels de santé pourront assurer ces rendez-vous de prévention.

Demande de retrait.

Les amendements sont retirés.

Amendement AS39 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Comment va-t-on assurer les consultations de prévention pour les 6 millions de Français qui n'ont pas de médecin traitant et pour les 7 millions qui vivent dans des déserts médicaux – qui peuvent parfois être les mêmes ? Cela représente un nombre non négligeable d'environ 800 000 personnes par génération annuelle.

L'amendement a pour objet de garantir l'effectivité de la mesure en chargeant les agences régionales de santé de mobiliser les médecins et l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans des zones où l'offre de soins est particulièrement élevée, afin qu'ils effectuent ces rendez-vous de prévention auprès des patients qui vivent dans des déserts médicaux et de ceux qui n'ont pas de médecin traitant.

Incidemment, les personnels ainsi mobilisés pourront découvrir ces magnifiques territoires, ce qui pourrait les inciter à s'y installer plus durablement.

Mme la rapporteure générale. L'objectif poursuivi à travers ces consultations est d'aller vers toutes les personnes qui ont des difficultés à accéder aux soins, tant pour des raisons sociales que géographiques. L'amendement est donc satisfait.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1025 de M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Les 11 millions d'aidants jouent un rôle crucial dans l'accompagnement et le soutien des personnes en perte d'autonomie – handicapées, âgées ou malades. Ils constituent une ressource essentielle sur lesquelles reposent les politiques de maintien à domicile.

Cependant, aider régulièrement un proche a des conséquences sur la santé de ces aidants et présente également un coût pour la société et le système de santé.

L'amendement propose que les rendez-vous de prévention institués par l'article 17 portent une attention particulière aux proches aidants et aux aidants familiaux. Cela pourrait se traduire par l'orientation vers des consultations plus régulières, pour prévenir l'apparition de troubles et de maladies – y compris en matière de santé mentale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Les proches aidants sont bien entendu concernés par ces consultations de prévention.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS829 de M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement précise que les rendez-vous portent une attention particulière à la prévention en matière de santé mentale – grande oubliée de ce PLFSS. Le contenu de ces rendez-vous n'étant pas détaillé dans l'article, il convient de garantir ce point.

Il est par ailleurs proposé que les usagers soient informés de l'existence du dispositif MonPsy à l'occasion de ces consultations. Ce dernier a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Il prévoit la prise en charge de huit séances de consultation auprès d'un psychologue, dans des conditions encore limitées mais qui gagneraient à être étendues.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Amendement AS703 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement va plaire à la rapporteure générale, puisqu'il traduit de manière juridique son souhait d'adaptation des consultations de prévention aux situations locales.

Il prévoit que le contenu des mesures de prévention est adapté localement, après avis rendu par les conseils territoriaux de santé (CTS) – ce qui constitue une

manière d'organiser le pilotage du dispositif prévu par l'article 17. Nous sommes attachés à la démocratie sanitaire et il s'agit d'impliquer ces instances, dont nous sommes convaincus de la pertinence et qui doivent monter en puissance.

Mme la rapporteure générale. Les CTS sont en théorie parfaitement adaptés à ce que vous proposez. Cependant leur niveau de développement et leur efficacité sont encore très hétérogènes. L'amendement me paraît au mieux prématuré, mais nous aurons l'occasion d'en débattre en séance publique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS742 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier (HOR). Cet amendement a pour objet d'ouvrir le débat sur la place des organismes complémentaires d'assurance maladie dans notre système de santé.

La mise en place de consultations de prévention à des âges clés de la vie constitue un engagement pris à l'occasion de la campagne présidentielle. Pour autant, on peut s'interroger sur la place qui pourrait être accordée aux mutuelles dans le dispositif. Tout d'abord, cela permettrait une économie estimée à 10 millions d'euros par rapport à l'évaluation du coût du dispositif qui figure dans l'étude d'impact. Ensuite, on pourrait confier une part beaucoup plus importante des actions de prévention aux complémentaires santé. Lorsqu'elles réalisent de telles actions, le taux de recours est supérieur de 15 points par rapport à celles qui sont menées par l'assurance maladie.

Mme la rapporteure générale. Le dispositif proposé par l'article vise 100 % des assurés. Or l'ensemble de la population n'est pas couvert par une mutuelle.

Avis défavorable, même si un débat sur le sujet est utile.

M. Jérôme Guedj (SOC). Mon amendement AS702, qui sera ensuite discuté, est assez similaire.

Si l'on renforce le rôle des organismes complémentaires – et notamment des mutuelles – en matière de prévention, on sera à terme davantage en mesure de conforter la sécurité sociale dans son cœur de métier, dans une logique de prise en charge à 100 %. C'est la raison pour laquelle il faut s'appuyer sur la force de frappe des mutuelles et sur leur capacité à convaincre leurs adhérents.

La rapporteure générale a indiqué que l'objectif poursuivi était de toucher 100 % de la population concernée. L'étude d'impact prévoit cependant des objectifs qui sont bien plus modestes, avec des taux de recours estimés à 15 % en 2023, à 30 % en 2024 et à 40 % en 2025. La mise en œuvre du dispositif présente donc des difficultés.

La rapporteure générale a dit précédemment que le projet de loi permettait aux masseurs-kinésithérapeutes de réaliser les consultations de prévention. Ce n'est pas ce que j'ai compris à sa lecture.

L'estimation du coût de la mesure a été faite en retenant à la fois des consultations complexes à 46 euros et des consultations simples à 25 euros. Je n'ai pas compris pourquoi ce dernier tarif a été retenu pour le rendez-vous qui concerne les personnes âgées de 60 à 65 ans, cette consultation n'étant pas moins importante que celle prévue pour la tranche des 20 à 25 ans.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). L'intervention des assurances complémentaires pour organiser des consultations de prévention est envisageable lorsqu'elles supportent une part majoritaire du remboursement, comme en matière bucco-dentaire. En revanche, elle est plus discutable lorsqu'il s'agit des examens plus complets envisagés pour les trois âges de la vie, qui supposent une évaluation des risques.

M. Thomas Mesnier (HOR). Il est exact que je pensais en l'occurrence davantage aux mutuelles qu'aux assureurs.

La question de la juste répartition entre l'assurance médicale obligatoire (AMO) et l'assurance médicale complémentaire (AMC) est régulièrement posée, y compris à l'occasion de ce PLFSS. La part de l'AMO est croissante ; on le reproche parfois aux mutuelles, alors que cette évolution est le résultat de décisions politiques.

Cet amendement permet d'ouvrir le débat, afin de rétablir un certain équilibre et de confier une part accrue de la prévention aux mutuelles, car c'est une mission pour laquelle elles ont un grand rôle à jouer.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS702 de M. Jérôme Guedj.

Amendement AS1193 de Mme Prisca Thevenot.

Mme Prisca Thevenot (RE). Cet amendement vise à préciser que les consultations de prévention aux âges clés de la vie accordent une attention particulière aux événements qui concernent la santé des femmes, tels que la ménopause. Trop de femmes vivent leur ménopause de façon isolée et sans accompagnement médical adapté.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle adopte l'amendement AS1187 de Mme Prisca Thevenot.

Enfin, elle **adopte** l'article 17 **modifié**.

Article 18

Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux infections sexuellement transmissibles autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans

La commission **adopte** l'article 18 **non modifié**.

Article 19

Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **adopte** l'amendement AS1331 de Mme Prisca Thevenot.

Puis elle **adopte** l'article 19 ainsi **modifié**.

Article 20

Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins

La commission **adopte** l'article 20 **non modifié**.

Chapitre II

Renforcer l'accès aux soins

Article 21

Exonération de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers

La commission **adopte** l'article 21 **non modifié**.

Après l'article 21

Amendement AS464 de M. Max Mathiasin.

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

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.

Article additionnel après l'article 21

Conditionnement du remboursement des cures thermales à l'évaluation de leur service médical rendu par la Haute Autorité de santé

Amendement AS699 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier (HOR). Cet amendement vise à traiter le remboursement des cures thermales par la sécurité sociale de la même manière que n'importe quelle autre thérapie. Le remboursement de ces cures serait conditionné à l'évaluation de leur service médical rendu par la Haute Autorité de santé.

Depuis des années, les cures thermales ont engagé un travail sur ce service médical rendu. Cet amendement permettra de conforter celles dont les effets bénéfiques sont prouvés – et donc aussi de protéger les finances sociales. Dans le cas contraire, ces cures ne seront plus remboursées.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Article 22

Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins

Amendement AS1173 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier (HOR). Cet amendement très important vise à supprimer les alinéas de l'article 22 qui rendent possible l'institution d'un conventionnement sélectif.

En contrepartie, il propose un nouveau mode d'autorisation d'installation pour les médecins de ville, afin de répondre à l'objectif de régulation fixé par le Président de la République et par le Gouvernement. L'autorisation serait donnée automatiquement dans les zones considérées comme sous-denses. En dehors de ces dernières, l'installation serait conditionnée soit au remplacement d'un médecin qui cesse son activité, soit au fait de s'engager à exercer à titre secondaire en zone sous-dense. Les conditions d'application de ces dispositions seraient confiées à la négociation conventionnelle.

Cela permettrait d'interrompre l'accroissement des disparités de présence des médecins et de réduire progressivement les inégalités territoriales. D'après les données disponibles, 87 % du territoire national correspondent à la définition de la zone sous-dense. Il convient de répondre à ce véritable problème de la manière la plus efficace.

Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie publié l'été dernier montre qu'en réalité les inégalités sont plus importantes pour les professions qui sont déjà soumises au conventionnement sélectif. De plus, en cas d'adoption de ce conventionnement, un patient qui consulterait un médecin déconventionné subirait une forme de double peine, car il ne serait pas remboursé.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Il nous paraît important de renvoyer à la négociation conventionnelle.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cet amendement introduit clairement une forme de coercition. Je ne suis pas du tout d'accord avec l'option qui est proposée. Mme Buzyn – que M. Mesnier soutenait à l'époque – se demandait comment l'on ferait pour estimer qu'une zone n'est pas sous-dotée, car il manque des médecins partout.

M. Thomas Mesnier (HOR). Qu'on ne m'accuse pas de coercition ! Depuis cinq ans, je me bats contre le conventionnement sélectif. Reconnaissez au moins ma cohérence.

Il s'avère que c'est le Gouvernement qui ouvre la voie à la coercition en permettant le recours au conventionnement sélectif, comme on peut le constater en lisant entre les lignes des alinéas 3 à 5 de l'article 22. C'est un fait.

Pour ma part, je prône un autre modèle de régulation qui, d'une part, ne fasse pas payer le patient et, d'autre part, soit réellement efficace. En réalité, même avec le conventionnement sélectif, les médecins continueront de s'installer où ils le voudront et les inégalités territoriales augmenteront encore. Alors que nous allons faire face à une pénurie de praticiens dans les dix années qui viennent, les patients qui feront des kilomètres pour aller consulter ne seront plus remboursés si leur médecin est déconventionné.

Est-ce la réponse que l'on souhaite apporter aux besoins de soins de nos concitoyens ? Ce n'est pas mon cas. C'est la raison pour laquelle je vous soumetts cet autre modèle.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS297 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Les dispositions dont cet amendement propose la suppression traduisent un manque de reconnaissance par les autorités des syndicats représentatifs, de leur assise territoriale, de leurs effectifs d'adhérents, de leur indépendance et, pour les professions concernées, de leur audience aux élections aux unions régionales des professionnels de santé. La volonté affichée de « *faciliter le bon déroulement des prochaines négociations* » constitue en réalité un contournement des syndicats, alors même que ces derniers représentent l'ensemble des professionnels de santé libéraux, quelle que soit leur forme d'exercice.

Mme la rapporteure générale. L'article propose que les représentants des structures d'exercice coordonné participent à la négociation conventionnelle.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 22 non modifié.

Après l'article 22

Amendement AS416 de M. Philippe Juvin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement propose d'élargir les compétences du pharmacien d'officine et de le rémunérer en conséquence.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 22

Expérimentation visant à autoriser les infirmiers à signer les certificats de décès

Amendement AS1646 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit de lancer une expérimentation consistant à autoriser les infirmiers volontaires à signer les certificats de décès.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 22

Amendement AS1174 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il s'agit d'autoriser à titre expérimental que le médecin traitant d'un patient en soins palliatifs puisse déléguer la signature du certificat de décès à l'infirmier en charge du suivi de ce patient.

Dans ce cas, cette délégation est assez simple car la pathologie du patient est bien connue et la cause de la mort aisément identifiable. Cela éviterait de devoir attendre le passage du médecin après le décès – parfois longuement.

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait, compte tenu de l'adoption de l'amendement précédent, qui satisfait le vôtre.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Mon amendement est un peu différent. On a toujours considéré que le certificat de décès relevait d'un médecin, car il suppose un diagnostic sur la cause de la mort. Dans le cas d'une personne en soins palliatifs, on sait qu'elle va décéder et le diagnostic est déjà établi. Il s'agit en quelque sorte d'un amendement de repli mais il a son intérêt.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je soutiens cet amendement. Il a le mérite de conforter l'équipe de soins du patient et de souligner que l'infirmier connaît parfaitement ce dernier. L'intervention de l'infirmier a lieu dans le cadre d'un exercice coordonné où la connaissance du patient fait toute la différence.

M. Thibault Bazin (LR). Quelles sont les différences entre l'amendement de la rapporteure générale et celui de M. Isaac-Sibille ? À quel moment intervient la délégation de tâche ?

Mme la rapporteure générale. La cible de l'amendement AS1174, à savoir les infirmières assurant le suivi des patients en soins palliatifs, est très réduite, et l'est d'autant plus qu'il appartiendrait aux médecins de décider s'ils souhaitent ou non leur déléguer ce rôle. Si nous voulons améliorer la situation en matière de signature des certificats de décès, il faut étendre la mesure à l'ensemble des infirmières volontaires pour participer à l'expérimentation.

M. Philippe Vigier. Les deux amendements se confortent mutuellement : celui-ci vise les établissements de soins palliatifs où s'applique un protocole faisant intervenir les infirmières, tandis que l'autre a un spectre beaucoup plus large.

Nous tenons là une réponse à une véritable attente, et ceux qui n'ont pas été confrontés à de telles situations, comme le sont les professionnels, notamment dans les Ehpad ou à l'occasion d'accidents de la route, ne peuvent pas en parler. Il s'agit donc d'une réelle avancée, demandée également par les médecins – de fait, le Conseil de l'ordre des médecins s'est prononcé voilà quelques jours en ce sens. La mesure ayant, en outre, une dimension expérimentale, l'expérimentation serait encore plus ciblée, et donc plus efficace.

La commission rejette l'amendement.

5. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 9 heures 30 (article 23 à après l'article 25)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12271475_63466b68bd2fc.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Nous avons examiné 285 amendements depuis lundi. Il nous reste 392 amendements à discuter.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Je me pose des questions sur notre méthode de travail. Hier, des textes importants ont été examinés en séance publique, qui nécessitaient notre présence dans l'hémicycle. Or, l'examen du projet de loi de financement s'est poursuivi en commission et certains amendements ont été appelés alors que seuls quatre ou cinq commissaires siégeaient. Les débats que nous n'avons pas ici, nous les aurons inévitablement dans l'hémicycle : par conséquent, je ne suis pas sûr que cela ait représenté un gain de temps.

Mme la présidente Fadila Khattabi. J'entends votre remarque, et elle est judicieuse. Les débats dans l'hémicycle sont importants ; ceux de notre commission le sont également. Notre agenda étant contraint, j'ai fait le choix de poursuivre l'examen du projet de loi de financement.

Article 23

Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Amendements de suppression AS848 de M. Paul-André Colombani, AS1277 de Mme Katiana Levavasseur et AS678 de Mme Sandrine Rousseau.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Nous sommes à peu près tous d'accord sur le diagnostic, mais pas sur le traitement. Alors que l'on manque de médecins généralistes et que la situation s'aggraverait dans les années à venir, la priorité est de rendre la filière de médecine générale plus attractive. Or, l'ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale se heurtera à deux difficultés : le manque de praticiens agréés maîtres de stage des universités (PAMSU) susceptibles d'accueillir 4 000 nouveaux étudiants en stage ambulatoire ; le risque de dégrader encore l'attractivité de cette filière, déjà fragile. Il en résultera une plus grande difficulté d'accès aux soins du fait de la baisse du nombre de médecins généralistes formés.

Les conditions d'application de cette quatrième année doivent être précisées en amont afin que cette mesure n'ait pas de conséquences délétères à moyen terme.

Mme Katiana Levavasseur (RN). Dans un contexte national de pénurie de médecins généralistes, d'extension des déserts médicaux et de dégradation des conditions de prise en charge des Français, dont plus de cinq millions n'ont pas de médecin traitant, il n'est pas envisageable de reporter l'entrée d'étudiants en médecine générale dans la société. Il en résulterait une augmentation des difficultés d'accès aux soins.

Par ailleurs, le nombre de PAMSU est insuffisant pour assurer, dans de bonnes conditions, la formation des 4 000 étudiants que vous voulez accueillir en stage ambulatoire. Cet article aurait pour seul effet d'aggraver les difficultés d'accès aux soins.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Allonger d'une année les études de médecine alors que notre pays est marqué par une pénurie de généralistes, y compris à Paris, reviendrait à aggraver les difficultés d'accès aux soins que connaissent nos concitoyens.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Cet article, qui complète la réforme du troisième cycle des études de médecine, prévoit d'ajouter une quatrième année au DES de médecine générale. La médecine générale est la seule spécialité médicale à n'imposer que trois années de formation en troisième cycle. Cette année supplémentaire, à visée pédagogique, privilégie les stages dans les zones sous-denses. Ce fléchage n'a pas de caractère obligatoire parce que nous manquons, dans ces zones plus qu'ailleurs, de PAMSU. Même si leur nombre est en progression – de 7 % entre 2020 et 2021 – ils restent trop peu nombreux.

Compte tenu de l'importance de cet article pour la formation des étudiants en médecine, je donne un avis défavorable à ces amendements de suppression.

M. Yannick Neuder (LR). On peut débattre de l'opportunité d'ajouter une année au cursus de médecine générale. Mais je ne comprends pas l'intervention de notre collègue Sandrine Rousseau : en quoi cette mesure aggraverait-elle la pénurie de médecins ? Cela témoigne d'une réelle méconnaissance du sujet.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Cette mesure pose un certain nombre de questions. D'abord, on ne comprend pas bien s'il s'agit de travail organisé pendant les études ou d'une véritable année de formation supplémentaire. Je crois tout de même comprendre qu'il s'agit de disposer d'un volant de main-d'œuvre à répartir sur le territoire.

Je ne sais pas si cette huitième année serait une plus-value pour la formation des médecins généralistes ; en tout cas, vos arguments ne sont pas suffisamment étayés. Allonger les études de ces médecins, c'est, de fait, retarder leur entrée en activité – au sens classique du terme. Cette mesure a été présentée comme l'une des dispositions phares du projet de loi de financement. Mais nous nous posons beaucoup de questions sur ce qui l'a motivée comme sur ses possibles effets.

M. Philippe Juvin (LR). Ajouter cette quatrième année d'études, ce n'est au fond qu'aligner l'internat des médecins généralistes sur celui des autres spécialistes, qui dure quatre ou cinq années. Or, la médecine générale est l'une des plus complexes ; nombreux sont les jeunes médecins qui, au terme de leur internat, disent ne pas être assez bien formés. Cette quatrième année a d'abord vocation à améliorer leur formation.

L'argument selon lequel cette disposition repousserait l'entrée sur le marché de ces médecins et réduirait donc l'offre de soins ne tient pas, car cette quatrième année sera précisément une année d'internat en ville, en médecine ambulatoire. Ces jeunes médecins ne disparaîtront pas de l'offre de soins – c'est un peu comme si l'on nous disait que les internes ne participent pas à l'offre de soins. Il n'y aura aucune diminution de l'offre de soins, seulement une amélioration de la formation des généralistes – à condition, c'est vrai, que les maîtres de stage soient assez nombreux.

M. Didier Martin (RE). Cette quatrième année améliorera la formation de nos généralistes et les aidera à préparer leur installation. Les internes en médecine générale disent souvent, à la fin de la troisième année, qu'ils ne sont pas prêts à cette aventure : au lieu de s'installer, ils font des remplacements afin de se familiariser avec ce qui n'est pas abordé dans leur formation – la gestion d'un cabinet médical ou les démarches administratives. Si les internes acceptent l'idée d'une quatrième année de formation, ils ne veulent pas la subir. Ils ne veulent pas que ce soit une punition et qu'on leur fasse jouer le rôle de bouche-trou dans des déserts médicaux. Il faut que cette quatrième année soit valorisée et valorisante pour leur exercice professionnel.

M. Philippe Vigier (Dem). Il y a encore quelques mois, les internes eux-mêmes appelaient de leurs vœux cette quatrième année. Mais on ne peut pas dire que la présentation faite dans ce projet de loi de financement crée les conditions d'une réelle attractivité. On ne fait qu'aligner la spécialité de médecine générale sur les autres.

Il est essentiel de bien rémunérer cette quatrième année car on parle d'étudiants qui arrivent au terme de leur cursus et qui sont opérationnels. Théoriquement, au cours des trois premières années de l'internat de médecine générale, ils devraient déjà faire dix-huit mois de stage auprès d'un médecin généraliste. Les choses ne se passent pas toujours ainsi parce que les doyens des facultés de médecine ont tendance à faire de l'hospitalo-centrisme et à garder les internes en établissement. Il faut garder en tête que seuls 8 % des internes s'installent à l'obtention de leur diplôme ; la plupart attendent quatre ou cinq ans pour le faire.

Il faut soigner l'attractivité de cette voie avec une bonne rémunération, et ne pas envoyer automatiquement les internes dans les déserts médicaux. Une solution pourrait être d'utiliser le statut de médecin adjoint, qui existe depuis 2016. Le médecin adjoint est sous la responsabilité d'un médecin ; il est rémunéré par la sécurité sociale car il peut facturer les actes. Ce serait une forme de reconnaissance, un élément d'attractivité. Vous pourriez en projeter 4 000 à travers le territoire.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet article fait le choix d'une plus forte coercition pour résoudre la désertification médicale. Nous y sommes favorables. Nous nous réjouissons qu'une philosophie incitatrice laisse place à une approche régulatrice. Notre groupe, vous le savez, défend le principe de l'obligation d'installation.

Toutefois, j'ai trois critiques à formuler au sujet du dispositif proposé. La première concerne le niveau de rémunération : si l'on s'engage dans des études de médecine, ce n'est pas pour gagner 400 euros par mois comme stagiaire ; ce n'est pas normal. La deuxième est que pour l'instant, l'article prévoit que le stage se fait en priorité, et non obligatoirement, dans les déserts médicaux. Le principe de coercition semble s'appliquer avec mollesse. La troisième, enfin, concerne les délais : alors qu'il y a urgence à développer les installations dans les déserts médicaux, cette disposition ne s'appliquerait *a priori* que dans cinq ans. Madame la rapporteure générale, pouvez-vous nous donner des précisions sur cette entrée en vigueur ?

Nous partageons la philosophie de cet article. Mais nous estimons que les étudiants, qui sont prêts à accepter une forme d'obligation, doivent bénéficier d'une meilleure rémunération et d'une meilleure formation. Nombre d'entre eux se sentent pressurés, voire harcelés, et sont au bord de l'épuisement. Il faut mieux les protéger et mieux les rémunérer.

M. Thomas Mesnier (HOR). L'article 23 est l'un des plus importants de ce projet de loi de financement. Il ne s'agit pas d'une mesure de coercition, mais de formation – ce qui pose d'ailleurs la question de sa place dans ce texte. Il s'agit de mieux former les médecins généralistes comme le demandent depuis longtemps les enseignants et une partie des étudiants. Ce que vous qualifiez de mollesse, c'est du pragmatisme. Ces internes seront envoyés en stage ambulatoire chez des maîtres de stage. Or, par définition, il y a moins de médecins, donc moins de maîtres de stage, dans les zones sous-denses. Il faut évidemment tout faire pour qu'il y en ait davantage. Mais pour l'heure, on ne peut pas rédiger cet article autrement.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). En matière de santé, il y a deux écoles. La première pense qu'il faut contraindre un minimum les jeunes médecins à s'installer dans les zones où l'accès à la médecine de ville tend à disparaître, ce qui crée de vrais risques en matière de santé publique. La seconde pense qu'il ne faut rien changer et laisser aux médecins une totale liberté d'installation. Cette seconde option est à bout de souffle. Elle crée des déserts médicaux – même si je n'aime pas cette expression. Certains semblent peiner à imaginer que l'on puisse imposer quelque chose à des gens qui sont tout de même financés, avant tout, par l'État et par la sécurité sociale.

Mme Joëlle Mélin (RN). Traiter les conséquences alors qu'il faudrait traiter les causes, cela devient épuisant. Des erreurs ont été commises. Sur la formation par exemple : les médecins de ma génération ont fait des études plus courtes, moins compliquées et moins technocratiques ; pourtant, nous étions 70 heures par semaine

sur le terrain, 365 jours par an, et nous n'avions pas peur d'y aller. Je suis étonnée, depuis une quinzaine d'années, de voir les collectifs d'internes exprimer une appréhension d'aller sur le terrain. J'ai du mal à comprendre parce que, lorsqu'ils sont à l'hôpital, dans les services ou aux urgences, ils ont à traiter les cas médicaux les plus graves, ceux que les généralistes ne traitent précisément pas. On a voulu, pour valoriser ce cursus, faire de la médecine générale une spécialité. Mais elle est par définition le contraire d'une spécialité puisqu'elle est holistique. Ce fut peut-être une erreur. En tout cas, la peur de l'installation est essentiellement administrative. Il ne serait pas si compliqué de former les jeunes médecins aux quelques actes administratifs qui font le quotidien des généralistes en ville.

Créer une usine à gaz, qui contribue à entretenir cette appréhension, pour mettre sur le terrain des ersatz de généralistes, c'est insupportable. Même s'ils sont encore étudiants et qu'ils n'ont pas soutenu leur thèse, il faut qu'ils soient respectés comme les médecins de ville. Mais pour quel métier ? Quand on voit qu'hier encore, nous avons dépouillé la profession médicale de je ne sais combien de prérogatives, je me demande ce qu'il va en rester. La mort programmée des médecins de ville et les déserts médicaux vont de pair avec les atteintes faites aux agriculteurs et aux services publics.

M. Paul-André Colombani (LIOT). On va demander à des étudiants en médecine générale de 27 ou 28 ans d'étudier une année de plus, à ma connaissance sans augmenter leur rémunération. Cela risque de réduire l'attractivité de la filière.

Par ailleurs, il manque aujourd'hui 4 000 maîtres de stage. Lorsque la réforme entrera en vigueur en 2026, ils ne seront toujours pas là. Un médecin qui exerce dans une région isolée et qui a déjà du mal à trouver un remplaçant pour une semaine de vacances ne prendra pas sur son temps médical pour aller se former. C'est un problème, mais alléger la formation des maîtres de stage ne serait pas une solution. Le sujet est compliqué. Il ne se résume pas à un débat idéologique sur la coercition.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Je maintiens mon amendement pour plusieurs raisons. La première, c'est que les étudiants, au cours de cette année, ne consacreront que 50 % de leur temps à l'offre de soins – on se prive de 50 % d'une promotion.

Par ailleurs, l'alignement de la durée des études des généralistes sur celle des autres spécialistes doit s'accompagner d'un rattrapage des conditions salariales. Sinon, on créera une différence de traitement entre des personnes qui auront le même niveau d'études. La filière de médecin généraliste sera moins attractive que les autres.

Enfin, dans la mesure où il manque 4 000 maîtres de stage, ces jeunes médecins ne seront pas correctement encadrés. Cette réforme n'est pas aboutie.

Mme la rapporteure générale. La quatrième année existe déjà pour les autres spécialités. Elle se fait en autonomie supervisée. Les internes de spécialité effectuent des consultations seuls, de manière autonome. En cas de problème, ils en

réfèrent à leur maître de stage. Autrement dit, ils participent à l'offre de soins à hauteur de 100 % de leur temps, non de 50 %.

Il importe effectivement de se pencher sur les conditions salariales. Elles se rapprocheront probablement de celles qui existent pour la quatrième année dans les autres spécialités. Il y aura peut-être une incitation financière à exercer dans des zones sous-denses. Ces questions seront bien entendu traitées par le groupe de travail chargé de déterminer les modalités de mise en œuvre de la réforme, auquel participeront les syndicats d'étudiants.

Vous dites qu'il n'y a pas assez de maîtres de stage. C'est précisément ce qu'indique l'article 23. S'il n'y a pas de maître de stage, l'étudiant ne fera pas de quatrième année.

La création d'une quatrième année va mécaniquement amener plus d'étudiants en stage dans les zones sous-denses, et ils seront mieux formés. Ce que les étudiants en médecine veulent avant tout, c'est pouvoir soigner correctement, quel que soit l'endroit où ils exercent. Pour ce faire, il faut un encadrement, un maître de stage, des relations avec les autres spécialités – ne pas être isolés. Tels sont les objectifs de cette quatrième année, d'où l'importance qui s'attache à rejeter les amendements de suppression.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1125 de Mme Katiana Levavasseur.

Mme la rapporteure générale. Défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Je suis opposé à la logique qui fait de la jeunesse une variable d'ajustement. Je défends en général la jeunesse populaire mais le même raisonnement vaut pour la jeunesse diplômée qui doit être, elle aussi, respectée.

À l'hôpital, environ 40 % des médecins sont des internes. On semble considérer normal qu'ils en bavent, qu'ils alignent des nuits et des jours de garde sous-payés. En fin de compte, l'hôpital tient grâce à cette main-d'œuvre taillable et corvéable à merci. Avec cette réforme, inconsciemment, on se dit qu'ils vont faire tenir aussi la médecine des campagnes. Il faut en finir avec cette situation. D'abord, c'est indigne ; ce n'est pas parce que les gens gagneront bien leur vie plus tard qu'il faut les faire marrer plusieurs années au début de leur carrière. Ensuite, on en dégoûte un certain nombre : d'après une enquête sur la santé mentale des internes, 70 % d'entre eux souffrent d'anxiété, 25 % de symptômes dépressifs, et le risque de suicide est chez eux trois fois plus élevé que dans l'ensemble de la population française.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'article 23 est important et intéressant. Les internes en médecine générale pourront effectivement exercer dans des territoires désertés. Néanmoins, nous aurions besoin d'informations sur les modalités de cette

quatrième année. Quel sera le statut de ces étudiants : médecin thésé à la fin de la troisième année ou non ? Interne, médecin adjoint, médecin collaborateur ? Quelle sera leur rémunération ? Quelles seront les mesures d'accompagnement, notamment pour le logement et pour les transports ? Qu'en sera-t-il de leur famille étant donné qu'il n'est pas rare, à 28 ans, d'avoir un conjoint et des enfants ? On peut comprendre les inquiétudes sur tous ces points.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je souhaite faire dès à présent quelques remarques car je crains que la qualité de la discussion ne soit pas la même dans l'hémicycle... Nous sommes favorables à ce que l'on revoie l'organisation des études de médecine. Il y aurait de nombreux points à examiner, notamment la garantie d'un recrutement plus populaire et la reconnaissance de la longueur des études pour la suite de la carrière et la retraite.

Madame la rapporteure générale, vous n'avez pas démontré que cette quatrième année apporterait une plus-value du point de vue de la formation. En tout cas, le plan n'apparaît pas clairement. Il est exact que les spécialistes font déjà une quatrième année. Cependant, nous formons trop de spécialistes et pas assez de généralistes. Dans vos arguments, vous ne semblez pas favoriser la formation de généralistes et vous faites de la médecine générale une spécialité, ce qui suscite des interrogations. Au bout du compte, j'ai le sentiment que vous prenez cette mesure pour en éviter d'autres qui seraient nécessaires. Or, nous ne pouvons pas en rester au point où nous en sommes dans la régulation de l'installation.

M. Didier Martin (RE). Le débat est effectivement très intéressant. Ce que les promoteurs de la régulation de l'installation ont en tête, c'est le conventionnement sélectif et la coercition sur les étudiants en médecine. Or, si l'on fait peser trop de contraintes sur leurs choix, le danger est qu'ils ne s'orientent plus du tout vers la médecine générale. Rappelons que moins de 10 % d'entre eux s'y destinent. Il y a un véritable risque de disparition des médecins généralistes.

Le conventionnement sélectif n'est pas le remède miracle. Je ne crois pas non plus à une solution unique. Il faut que cette quatrième année soit formatrice et qu'elle se déroule dans de bonnes conditions matérielles. Nous aurons alors des étudiants docteurs juniors ou en adjuvat qui exerceront une véritable responsabilité professionnelle et qui rendront un service.

On fait médecine par vocation, monsieur Ruffin. Les gardes en fin d'internat, faire tourner l'hôpital ou la médecine ambulatoire, c'est une vocation. Les étudiants en médecine et les internes aspirent à une qualité de vie, et il faut défendre leurs conditions de travail, mais n'oubliez pas que la vocation est un élément essentiel de la motivation.

M. Thierry Frappé (RN). Les étudiants de quatrième année feront un stage en autonomie supervisée, ce qui signifie qu'on ne pourra pas immédiatement les laisser seuls en consultation. Il y a une progression : d'abord, une supervision directe – le maître de stage est à côté de l'étudiant ; ensuite, une supervision indirecte ; enfin,

une autonomie. Cela nécessite une présence et un travail supplémentaire de la part du maître de stage.

Or, il manque des maîtres de stage depuis des années et la situation est bien évidemment pire dans les zones sous-dotées. Les étudiants risquent de ne pas trouver de point de chute pour leur stage de formation ambulatoire. Je ne suis pas sûr que l'on parvienne à en envoyer beaucoup dans les zones sous-dotées.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Monsieur Martin, vous dites que les jeunes médecins ne voudront plus s'installer en zone sous-dense. C'est déjà le cas actuellement. Aujourd'hui, les vieux médecins disent qu'il y a besoin de renouvellement dans leur territoire, qu'il faut que de jeunes médecins s'installent pour qu'ils puissent partir à la retraite. Et les jeunes médecins disent qu'ils ont besoin que des collègues s'installent parce qu'ils ne sont pas prêts à travailler soixante-dix heures par semaine. Autrement dit, la contrainte à l'installation n'est pas rejetée par toute la profession ; c'est une erreur de le penser. Il ne faut donc pas l'écarter.

Penser la contrainte, c'est penser l'aménagement du territoire en matière de santé. Sinon, nous allons au-devant d'un scandale médical : dans certains territoires, les gens ne peuvent déjà plus se soigner. Il faut aborder la question de la contrainte avec calme et lucidité, sans trop de passion, même si nous sommes tous sollicités par nos concitoyens à propos de l'absence de médecins de ville dans nos territoires.

M. Éric Alauzet (RE). Ne simplifions pas à l'excès : la création de la quatrième année en médecine générale n'est pas la mesure universelle qui va tout régler, c'est une mesure parmi beaucoup d'autres. En outre, les choses ne sont pas totalement abouties : il y a encore beaucoup d'espace pour la discussion, par exemple sur les conditions d'exercice ou d'encadrement en stage. C'est tout l'intérêt de notre débat.

Certains proposent de supprimer cette disposition au seul motif que le conventionnement sélectif réglerait tous les problèmes, tout le reste étant à rejeter. C'est une vision limitée, très risquée et sans doute peu efficace.

Tenons compte du fait que la manière d'envisager les choses n'est pas la même à 30 ans qu'à 24. Surtout, à la différence des autres professions réglementées, les médecins ont beaucoup de possibilités de faire autre chose : la médecine salariée où la demande est forte, par exemple dans la médecine scolaire ou la médecine du travail ; l'étranger ; devenir médecin-conseil... Non seulement moins de 10 % des médecins s'orientent vers la médecine générale mais, parmi ceux-ci, seulement 10 % s'installent en cabinet à la fin de leurs études ! Compte tenu de ces nombreuses échappatoires, si nous accumulons les contraintes, nous courons à la catastrophe.

Je peux comprendre que vous défendiez le conventionnement sélectif, chers collègues, mais n'en faites pas une panacée. Ce n'est pas vrai ; on se raconte des histoires. C'est peut-être la mesure la plus médiatique et la plus parlante pour nos concitoyens. Mais ce n'est pas la bonne solution.

M. Philippe Juvin (LR). Concernant la contrainte, il ne faut pas se raconter d'histoires. La pénurie de médecins est générale en France, tant en exercice ambulatoire que dans les établissements de santé. Que l'on ne me parle pas de zones sur-dotées et sous-dotées : tous les établissements cherchent des médecins. Je ne connais pas un seul hôpital en France qui ait ses effectifs au complet. Si nous instaurons un conventionnement sélectif pour réguler l'installation, la conséquence sera immédiate : les médecins qui ne veulent pas aller là où on les envoie iront ailleurs – à l'hôpital, en Ehpad, en centre de protection maternelle et infantile... Il leur suffira de taper à la porte de n'importe quel hôpital pour être embauchés. La contrainte ne fonctionnera pas.

La quatrième année a une vertu considérable : elle permettra d'envoyer chaque année une génération entière de médecins pratiquer la médecine dans les zones que nous aurons déterminées. C'est déjà une forme de régulation et de contrainte, transitoire et pour un an, qui va de pair avec de la formation. Bref, c'est une mesure imparfaite, mais elle répond aux intérêts des étudiants, qui seront mieux formés, et du système de santé, qui disposera de médecins.

Mme Monique Iborra (RE). Les partisans du conventionnement sélectif ont-ils pensé aux malades ? À partir du moment où le médecin sera déconventionné, le malade ne sera plus remboursé. Il y a des ayatollahs qui ne pensent qu'à punir ! (*Exclamations.*) Pour ma part, je pense aux malades. Continuera-t-on à les rembourser ? Y aura-t-il un autre médecin vers lequel se tourner ? J'aimerais une réponse à ces questions.

M. Philippe Vigier (Dem). Auparavant, on devenait médecin généraliste au bout de sept ans. C'est passé à neuf ans. Ce sera bientôt dix. Connaissez-vous un autre métier qui ait connu cela ? Cela a évidemment aggravé la pénurie de médecins.

Le dispositif de l'article 23 n'est pas bien ficelé car il élude le problème de la rémunération des maîtres de stage. Notre collègue Thomas Mesnier a raison : ils sont trop peu rémunérés compte tenu de leurs contraintes. Je vous invite à regarder comment on constitue un dossier de maître de stage : c'est l'équivalent d'une déclaration pour les aides accordées par la politique agricole commune dans l'agriculture ! Pour que la dixième année soit un succès, il faudrait un appel d'air considérable.

Par ailleurs, il faut assurer l'attractivité financière de cette voie. Au cours de cette dixième année de formation, les étudiants exerceront déjà leur profession. Ne nous racontons pas d'histoires : à l'hôpital, les internes ne sont pas supervisés en permanence. Je réitère donc ma proposition de les rémunérer comme médecins adjoints, c'est-à-dire les payer pour les actes pratiqués.

M. Guillaume Garot (SOC). Huit millions de Français ont des difficultés à voir un médecin. Six millions d'entre eux n'ont pas de médecin traitant. Dans certains endroits, les médecins qui partent à la retraite ne sont pas remplacés. C'est vécu comme une injustice d'autant plus forte que, dans certaines villes du littoral, on

n'a aucune difficulté à trouver un généraliste ou un spécialiste. Sur-densité et sous-densité sont des réalités, monsieur Juvin. Les chiffres le montrent clairement : trois fois plus de généralistes dans les Hautes-Alpes qu'en Eure-et-Loir ; dix-sept fois plus de dermatologues à Paris que dans la Creuse ; dix-huit fois plus d'ophtalmologistes à Paris que dans l'Ariège. Il est urgent de traiter cette question car le creux de la démographie médicale est devant nous, à l'horizon 2030.

Nous avons formé un groupe de travail transparent. Je défends, avec beaucoup d'autres, le principe d'une nouvelle régulation pour l'installation des médecins afin que chaque Français puisse avoir accès aux soins près de chez lui. Je ne dis ni que c'est simple, ni qu'il y a une seule solution. Toutefois, je constate que les politiques d'incitation menées depuis des années n'ont pas produit les résultats attendus. Cela vaut la peine d'essayer la régulation. Pour ma part, je plaide pour le conventionnement sélectif. En tout cas, il ne faut exclure aucune solution *a priori*. Nous devons avancer et redonner de l'espoir aux patients qui n'ont plus de médecin.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Les jeunes praticiens qui s'installent ne sont pas responsables de la répartition actuelle des médecins sur le territoire, qui résulte des années d'errance précédentes. L'Assemblée nationale a voté le *numerus clausus* pour faire des économies. Ensuite, nous avons adopté le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité : nous avons payé des médecins pour partir à la retraite à 55 ans alors qu'ils pourraient rendre service aujourd'hui. Il ne faut rien écarter et discuter de tout, j'en conviens, mais attention à la fausse bonne mesure qui risque d'aggraver une situation déjà compliquée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1326 de M. Didier Martin.

M. Didier Martin (RE). Les conditions de vie et d'accueil des internes en quatrième année, en particulier dans les territoires sous-dotés, seront essentielles pour assurer la qualité de leurs prestations. Au cours de cette année formatrice, ils devront être épaulés par des confrères expérimentés, à distance mais aussi à proximité : dans le bassin de vie, pour reprendre les termes que je propose d'insérer dans la loi. Face à des situations d'urgence, il est bon de connaître le réseau des soins. On ne fait pas de médecine générale sans relations avec d'autres professionnels de santé, sans accès à des examens de biologie ou de radiologie, sans avis de second recours. Nous proposons, en complément de l'accompagnement hebdomadaire assuré à distance par un universitaire, que chaque interne soit épaulé par un praticien situé dans le bassin de vie. Cela favoriserait l'acceptation de la mesure par nos internes.

Mme la rapporteure générale. Le terme « bassin de vie » n'est pas une notion juridique. Mais je comprends votre intention et émets un avis de sagesse.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je comprends le souhait de notre collègue. Mais je rappelle qu'un des arguments souvent opposés au

conventionnement sélectif tient à ce qu'il n'existerait pas de zones sur-denses. Le débat avance puisqu'on est en train de reconnaître qu'il y a bien des zones sous-dotées et sur-dotées. Cela ouvre la voie à de véritables mesures, étant précisé que celle-là ne résoudra rien.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Lorsqu'on ne peut obtenir un rendez-vous chez le médecin avant quinze jours ou un mois, cela représente à l'évidence un éloignement de la République jusque dans le corps des gens. Il faut affronter d'urgence ce problème. Cela étant, l'ajout de cette quatrième année est placé sous le signe de l'ambiguïté : le fait-on pour répondre à une nécessité pédagogique, comme cela nous est présenté ? Plus on avance dans le débat, plus on constate que cet habillage dissimule une visée purement fonctionnaliste : envoyer une main-d'œuvre contrainte pour boucher les trous dans certains territoires. Nous devrions plutôt réfléchir de manière démocratique au fonctionnement de la médecine généraliste. Si on veut un service civique pour tous les jeunes, qu'on le dise et qu'on le fasse ! Mais pourquoi serait-ce réservé aux étudiants en médecine, dont la formation va s'étendre sur une dixième année en partant de sept à l'origine ?

Monsieur Martin, vous avez dit que faire tourner l'hôpital était une vocation. C'est le problème ! De nombreux salariés, à tous les niveaux de l'hôpital mais aussi dans des secteurs tels que l'enseignement ou la logistique, exercent leur métier par vocation. Or, le poids hiérarchique, les contraintes horaires, le niveau des salaires usent les vocations. Comment éviter ce phénomène qui se produit dès l'entrée des personnels à l'hôpital ? On voit des internes, des infirmiers, des aides-soignants qui veulent quitter l'institution après cinq ans !

Mme Monique Iborra (RE). On peut voir cette quatrième année de manière négative, mais aussi louer ses vertus pédagogiques. De la même façon qu'ils effectuent un stage à l'hôpital, les étudiants en médecine devraient en faire un en médecine de ville. De surcroît, se rendre en zone sous-dense leur montrerait que, contrairement à ce que certains croient, ces endroits ne sont pas dépourvus de tout. On y trouve des écoles, des pharmacies... les zones sous-denses sont parfois des zones urbaines. Enfin, ces jeunes se demandent souvent comment s'installer et quel coût cela représente ; ils pourront trouver, au cours de cette année, des réponses. Pour toutes ces raisons, tous les membres du groupe Renaissance ont cosigné les amendements AS1326 et AS1328 de notre collègue Didier Martin.

M. Philippe Juvin (LR). Bien que la notion de bassin de vie soit vague, cet amendement a le mérite d'apporter un peu de souplesse à la définition de l'encadrement. Il doit être soutenu.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Inciter des étudiants à venir dans des territoires tendus est une idée intéressante car cela mettrait fin à certaines idées préconçues qui entravent les installations.

Pour en revenir au conventionnement sélectif, il ne s'agit pas d'une mesure coercitive mais de l'application du principe selon lequel la solidarité nationale doit

intervenir où c'est nécessaire, et pas ailleurs. Ne pas conventionner un médecin qui s'installe là où il y en a déjà beaucoup est la marque d'une bonne gestion de l'argent public : cela n'empêche pas son installation et les patients n'en seront pas affectés puisqu'il se trouve déjà suffisamment de ses confrères.

M. Yannick Neuder (LR). Cette discussion nous amène à parler beaucoup de territoires ou de bassins de vie. La question de la santé est liée de façon générale au débat sur la décentralisation. Il me semble que les bassins de vie devraient correspondre aux structures intercommunales, qui sont l'échelon pertinent pour prendre des décisions en la matière.

Par ailleurs, lorsqu'un médecin généraliste assure cinquante consultations par jour, il n'a pas le temps de suivre la formation et d'effectuer les démarches nécessaires pour devenir maître de stage. Si l'on veut accroître le nombre de maîtres de stage, il faudrait commencer par simplifier ces tâches. Les professeurs de médecine générale, dans les facultés, doivent comprendre que tout ne doit pas être hospitalo-centré – et c'est un hospitalier qui vous le dit. Il faut aller vers les territoires.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Nous devons rester modestes car ce débat est la conséquence des errances politiques de droite et de gauche depuis trente ans. Il y a cinq ans, la santé était encore considérée à l'aune de son coût ; aujourd'hui, elle est perçue comme nécessité. L'article 23 est intéressant car il permettra aux jeunes médecins de se confronter à la médecine libérale, de découvrir la médecine passionnante des zones rurales ou des quartiers de nos métropoles.

Madame la rapporteure générale, je souhaiterais avoir des précisions sur leurs conditions d'exercice : les internes effectueront cette quatrième année à l'âge de 28 ou 30 ans, avec parfois un conjoint et des enfants. Ils ne pourront pas être envoyés loin de chez eux sans soutien financier et aide au logement ainsi qu'au transport.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je me félicite des propos de notre collègue Monique Iborra sur le conventionnement sélectif.

Monsieur Monnet, votre raisonnement sur les zones bien dotées ne tient que si la démographie médicale ne conduit pas à une pénurie globale de praticiens, ce qui est malheureusement le cas aujourd'hui. Parler de zones sur-dotées est un abus de langage : c'est pour faire la différence avec les zones sous-denses qui constituent 87 % du territoire national. Lorsqu'on parle de zones sur-denses, on désigne en réalité des zones « moins sous-denses ». Je regrette que nous n'ayons pas été plus nombreux hier lorsque je proposais un système concurrent du conventionnement sélectif, à savoir un régime d'autorisation qui répondrait à l'objectif de régulation sans en faire payer le prix au patient.

M. Didier Martin (RE). Le terme « bassin de vie » renvoie à des réalités statistiques, économiques et administratives. Mais j'y vois aussi une dimension de

proximité géographique et confraternelle. Les docteurs juniors devront bénéficier d'un compagnonnage comme il en existe dans d'autres professions. Cette année sera l'occasion d'apprendre et de transmettre : les jeunes médecins apprendront en rencontrant les patients et les médecins seniors transmettront leur expérience, qui ne s'apprend ni à la faculté ni dans les livres.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Isaac-Sibille, les représentants des étudiants seront présents au sein du comité interministériel et ils participeront à la définition des modalités de la quatrième année.

Messieurs Ruffin et Garot, nous savons tous qu'il y a urgence à agir pour renforcer l'accès aux soins. Tous les députés reçoivent quotidiennement des personnes qui réclament un médecin et qui ne comprennent pas pourquoi il n'y en a plus. Nous devrions nous rassembler pour promouvoir des mesures efficaces, même si elles ne font pas toujours plaisir. Le déconventionnement n'en fait pas partie : les études le montrent, les pays qui l'ont essayé ont fait marche arrière. Ne mentons pas à nos concitoyens et recherchons l'efficacité !

La commission adopte l'amendement.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Mes chers collègues, nous avons examiné cinq amendements en une heure cinq ; il en reste 387. Je vous invite à la concision au risque de devoir limiter le débat pour chaque amendement à une intervention pour et une contre.

Amendements AS1155 de M. Guillaume Garot et AS44 de M. Jérôme Guedj (discussion commune).

M. Guillaume Garot (SOC). L'amendement AS1155, présenté par le groupe de travail transpartisan, vise à faire effectuer la quatrième année exclusivement – et pas en priorité – dans les zones sous-dotées. Il s'agit de répondre à l'urgence par de vraies solutions.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS44 poursuit le même objectif, qui est d'être plus efficace face à l'urgence.

Si nous prenons le temps du débat, madame la présidente, c'est que nous craignons de ne pas avoir la possibilité de discuter dans l'hémicycle. Nous avons la satisfaction de constater des avancées sur certaines questions, par exemple celle du conventionnement sélectif, que nous n'étions pas nombreux à défendre – je me tourne vers notre collègue Philippe Vigier – à une certaine époque au sein de cette commission.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Nous avons déjà expliqué la nécessité d'envoyer uniquement les étudiants là où ils pourront être encadrés. Cette quatrième année a une vocation pédagogique.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je me suis demandé si j'allais vous faire confiance. Dans son programme de 2017, Emmanuel Macron formulait une série de priorités, parmi lesquelles la rénovation d'un million de logements pour les plus modestes, la lutte contre la fraude fiscale ou encore les dépenses en matière d'éducation. Au vu des résultats, il paraît plus prudent de retirer le terme « en priorité » de votre texte afin de vous éviter de chercher désespérément des raisons par la suite pour expliquer ne pas avoir fait ce que vous aviez peut-être envisagé de faire.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS369 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement vise à inclure la prévention des maladies oculaires dans la formation prévue à l'article 23. En effet, la vision a été identifiée comme un des cinq risques « avant-chuteurs ». Cela permettrait peut-être de réduire le nombre d'hospitalisations dues à des chutes, estimé à 130 000 par an.

Mme la rapporteure générale. Il reviendra au comité interministériel, qui comprendra des étudiants et des enseignants, de définir le contenu pédagogique de la quatrième année.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1327 de M. Jean-François Rousset.

M. Jean-François Rousset (RE). L'amendement précise les conditions d'exercice de la quatrième année. Notre groupe est favorable à cette initiative, qui permettra de faire de la médecine générale une spécialité à part entière et d'irriguer nos territoires en docteurs juniors, qui exerceront pleinement puisqu'ils auront passé leur thèse. Ils auront le choix de leur stage tandis que les territoires bénéficieront d'une présence permanente, dans la mesure où ils se succéderont chaque année. Si quelques-uns s'installent sur place, le succès sera complet.

Cet amendement, soutenu par l'ensemble de mon groupe, a pour objet de rassurer les étudiants, qui craignent d'exercer de manière isolée. Il les incite à se rapprocher d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pour bénéficier de l'expérience d'autres praticiens et pour être bien encadrés.

Mme la rapporteure générale. Favorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Pour faire face aux difficultés qui frappent des régions entières, vous ne trouvez à faire que du bricolage. Un stage, des docteurs juniors qui iront peut-être dans les territoires ? Nous demandons des mesures de fond ! Je serais moins choqué si, à l'issue de leurs neuf ans d'études, on nommait ces étudiants dans des zones sous-denses pour un ou deux ans obligatoires. Ils seraient médecins de plein exercice, fonctionnarisés, correctement payés et avec de bonnes conditions de travail, au lieu de subir une année supplémentaire de stage

sous-payée. Peut-être faut-il envisager, à titre temporaire, la création d'un corps de médecins d'État ?

M. Thibault Bazin (LR). Madame la rapporteure générale, je ne comprends pas votre avis favorable. Vous avez dit que le comité interministériel serait chargé d'élaborer le contenu de la quatrième année. On se demande vraiment pourquoi cette disposition figure dans une loi de financement de la sécurité sociale. Surtout, l'exposé sommaire indique qu'il s'agit de permettre la découverte de l'exercice en CPTS alors que c'est précisément dans les zones sous-denses que l'on a des difficultés à les faire émerger. Les situations diffèrent grandement selon les départements : il y a des zones sous-denses qui ont beaucoup de CPTS, d'autres pas. En la matière, le département de la rapporteure générale est à l'inverse du mien. Il ne faut pas faire des CPTS l'alpha et l'oméga de cette année d'exercice : des territoires qui en sont dépourvus ont besoin d'accueillir ces jeunes médecins.

M. Philippe Vigier (Dem). Je soutiens cet amendement. Les CPTS marchent bien. Même dans les déserts médicaux, on y pratique des soins non programmés : cela signifie que les patients qui n'ont pas de médecin peuvent, chaque jour de la semaine, en consulter un. Il faut leur donner les moyens de fonctionner, que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) se montre un peu plus compréhensive avec ceux qui s'investissent dans les CPTS. Ce n'est pas le cas et je le regrette, comme j'ai pu le dire au directeur général de la Cnam.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je ne partage pas l'avis de notre collègue Thibault Bazin sur la création des CPTS. Le plus souvent, c'est dans les territoires les plus dépourvus qu'elles émergent parce que les professionnels ont voulu s'organiser face aux difficultés. Dans quelques mois, je l'espère, nous aurons maillé l'ensemble du territoire en CPTS. La pandémie a été un vecteur d'accélération incroyable du fait de la mise en relation des différents professionnels sur les phases de test, de dépistage et de vaccination.

Mme Justine Gruet (LR). Il n'y a pas forcément de CPTS partout. De toute façon, les médecins n'ont pas attendu un mot d'ordre national pour s'organiser dans les territoires. Il faut privilégier les liens entre acteurs locaux pour assurer le maillage territorial.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je suis inquiète devant ce genre d'amendements. Nous utilisons le projet de loi de financement pour nous immiscer dans le contenu pédagogique des études de médecine. Si l'on venait à manquer de carrossiers dans la Creuse, décideriez-vous d'allonger de six mois la formation des carrossiers en leur imposant un stage dans la Creuse ? Ce texte n'est absolument pas adapté. Bien sûr, nous avons besoin de professionnels de santé et il faut mieux les répartir sur le territoire. Mais les gens dont nous parlons sont des médecins, pas des étudiants qui viennent d'avoir leur baccalauréat. Ce sont des trentenaires qui ont enfants et conjoint, que l'on veut contraindre à rallier l'autre bout de la France pour un stage alors qu'ils n'auront pas de logement et qu'ils seront sous-payés. Pour des raisons sociales et économiques, on s'immisce dans les études de médecine. Nous

nous trompons de débat. Ce n'est pas à nous de faire cela. Il y a d'autres façons de répartir les médecins dans le pays.

M. Yannick Neuder (LR). De nombreuses CPTS sont composées de personnels paramédicaux – et tant mieux – mais ne disposent pas de médecin prescripteur. Or, c'est ce dernier qui ordonne toute la chaîne : sans lui, pas d'acte paramédical, pas de fonctionnement des pharmacies.

Il faut améliorer l'attractivité des CPTS : si l'on arrive à avoir des consultations non programmées, un petit laboratoire de biologie et un centre de radiologie, cela évite nombre de recours aux urgences. Les agences régionales de santé (ARS) doivent apporter leur aide pour fortifier cet ensemble. Mais la volonté des professionnels médicaux et paramédicaux de s'organiser n'est pas assez valorisée par la Cnam. Il faudrait rémunérer ceux qui consacrent du temps, en dehors de leur temps de consultation, à coordonner les soins sur un territoire.

Mme Monique Iborra (RE). Il existe déjà un coordonnateur qui perçoit un confortable forfait de rémunération des ARS. De plus, l'amendement ne prévoit aucune obligation d'effectuer son stage dans une CPTS, juste une information de cette possibilité. Les deux coordonnateurs de ma circonscription mènent des actions de prévention : c'est un exercice médical qui peut intéresser les jeunes parce qu'ils ne pratiquent pas cela à l'hôpital. Cette formation complémentaire leur serait tout à fait utile.

M. Jean-François Rousset (RE). Notre objectif est de préciser les conditions d'exercice de la quatrième année de spécialité afin d'inciter les futurs médecins à s'installer dans des territoires sous-denses. Le département de l'Aveyron, où se trouve ma circonscription, est entièrement couvert par des CPTS ou le sera très prochainement. C'est un moyen efficace de coordonner l'exercice de la médecine générale. Cet amendement n'est pas exclusif : toutes les solutions seront les bienvenues.

Mme la rapporteure générale. Notre collègue Thibault Bazin a raison, l'ensemble du territoire n'est pas encore couvert par des CPTS. J'insiste sur la nécessité d'encourager leur développement parce que c'est vraiment une bonne solution. Ma région, le Centre-Val de Loire, est la moins dotée en médecins ; son territoire est couvert à 100 % par des CPTS et il est possible d'obtenir un rendez-vous dans les quarante-huit heures même sans médecin traitant. La nécessité a poussé les professionnels à se mobiliser et nous devons les y encourager.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1201 de Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Je propose d'intégrer la formation à la prise en charge de la douleur dans la dernière année des études de médecine générale. C'est un problème récurrent, particulièrement en cas de cancer.

Mme la rapporteure générale. Je suis de l'avis de notre collègue Ségolène Amiot : il ne faut pas toucher au contenu pédagogique des études de médecine – ce qui n'était d'ailleurs pas le cas dans l'amendement précédent.

Mme Justine Gruet (LR). Je rejoins l'avis de Mme la rapporteure générale. Tous n'ont pas manifestement pas la même vision du rôle du projet de loi de financement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1328 de M. Didier Martin.

M. Didier Martin (RE). Cet amendement souligne l'importance du décret qui fixera les conditions pratiques d'organisation du stage de quatrième année. Il faut qu'elles soient les meilleures pour que cette expérience soit réussie et qu'elle ouvre la voie à une installation dans le territoire. Cela concerne tant les conditions matérielles – transports, logement – que l'exercice professionnel. Le décret pourrait encourager la désignation de deux ou trois internes dans une même zone pour y partager une même expérience, avec une rémunération à la hauteur car ce sont de vrais médecins – à condition qu'ils aient été thésés au cours de leur troisième année. Cela pose difficulté parce que nous manquons d'universitaires en médecine générale et de maîtres de stage suffisamment rémunérés qui pourront, dans un emploi du temps parfois surchargé, trouver un créneau pour accompagner ces médecins juniors.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable car le décret interviendra après la concertation organisée dans le cadre du comité interministériel. Il est important de rappeler que les textes d'application se fonderont sur cette concertation.

M. Philippe Juvin (LR). Une précision : par définition, les médecins qui entrent dans cette dernière année, dite année de consolidation, doivent être thésés.

M. Yannick Neuder (LR). Nous manquons en effet de professeurs des universités-praticiens hospitaliers de médecine générale. Il existe un dispositif adapté : les maisons médicales universitaires de territoire, dans lesquelles les postes universitaires sont financés par les facultés de médecine. Or, celles-ci n'ont souvent pas les budgets nécessaires alors qu'on dispose de volontaires au bon profil. Les textes existent. Ils doivent être appliqués. Si nous voulons une réforme du deuxième cycle permettant à des étudiants plus jeunes d'aller se former dans ces maisons médicales, il faut que les facultés libèrent des postes d'assistant chef de clinique dans les territoires : tout ne peut pas être hospitalo-centré.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit sur les maisons médicales universitaires.

S'agissant de cette quatrième année, nous devons faire attention aux mots employés. « Docteur junior » a une connotation péjorative s'agissant d'un bac+10. Il me semble important qu'il y ait une véritable reconnaissance. C'est la raison pour laquelle je pousse pour parler de médecins adjoints sous la responsabilité d'un maître

de stage. C'est le gage d'une juste rémunération : vous ne pouvez pas envoyer sur le terrain des internes payés 1 500 euros.

La maison médicale universitaire, c'est l'assurance que l'on sortira les internes des murs et que l'on rendra leur quatrième année totalement opérationnelle auprès d'un maître de stage, au plus près de la population, pour un vrai service. Cette quatrième année est d'une portée considérable. Ce sont des mesures qui n'ont jamais été prises jusqu'à présent.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Qu'on les appelle médecins juniors ou adjoints, ce seront des stagiaires. Ils ne seront pas payés en médecins. Cette quatrième année bricolée dans le projet de loi de financement – on ne sait même pas qui les accompagnera sur le terrain ! – est dommageable pour tous. Nous devons avoir une véritable ambition pour la médecine généraliste dans les campagnes, pour nos concitoyens et pour les médecins eux-mêmes. Oui, on peut leur demander d'exercer un, deux ou trois ans dans les territoires à la sortie de leurs études, peut-être même de façon obligatoire. Mais ce seront de véritables médecins, qui exerceront pleinement leur travail tout en étant accompagnés par des confrères expérimentés.

Mme Justine Gruet (LR). En effet, la sémantique est importante. J'aimerais donc que nous arrêtions d'utiliser l'expression « déserts médicaux ». Nos territoires sont attractifs. Ils offrent une très belle qualité de vie et ne sont en aucun cas des déserts.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je me réjouis de voir que nous sommes tous attachés à la médecine générale et donc à la médecine libérale – même notre collègue François Ruffin vient d'en faire le panégyrique ! En ville comme en milieu rural, les médecins généralistes exercent en libéral : c'est la raison pour laquelle il faut rendre la médecine libérale attractive.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il s'agit bien d'un stage selon l'article 23 lui-même : « La dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est effectuée en stage sous un régime d'autonomie supervisée ». Mais c'est un régime spécifique avec une rémunération extrêmement faible, qui n'atteint même pas le niveau d'un stage classique !

M. Didier Martin (RE). La question de l'hébergement est importante. Quand une commune investit parce qu'elle cherche désespérément des professionnels de santé, elle a intérêt à prévoir un logement permettant d'accueillir deux ou trois praticiens dans de bonnes conditions. Ils en seront d'autant plus efficaces car disponibles par exemple après 19 heures pour répondre aux urgences ou recevoir des gens qui ne peuvent pas venir dans la journée. Il faut une proximité géographique.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1430 de Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Monsieur Isaac-Sibille, toutes les bonnes volontés sont bienvenues quand la nation affronte des difficultés. Canalisée et orientée, l'initiative privée des médecins généralistes a plus que sa place. Mais puisque cela ne fonctionne pas, il est possible d'imaginer la création d'un corps de médecins d'État ou la constitution d'associations afin d'exercer une mission qui aujourd'hui n'est pas accomplie par la médecine libérale.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement AS513 de M. Paul-André Colombani.

Amendement AS1581 de Mme Ségolène Amiot.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Il s'agit de définir les conditions d'accomplissement du stage en concertation avec les organisations représentant les futurs stagiaires et actuels étudiants afin de voir jusqu'où aller dans la professionnalisation et dans les garanties de rémunération.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est plus que satisfait. Demande de retrait, sinon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 23 modifié.

Après l'article 23

Amendement AS1561 de M Damien Maudet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Afin d'adapter la formation des professionnels de santé aux nécessités constatées, il est proposé d'indexer le nombre de places ouvertes dans le système de formation sur les besoins de santé observés sur le terrain.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait. J'ai fait adopter un amendement dans la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui permet aux agences régionales de santé et aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie de donner un avis sur le nombre d'étudiants en santé dans leur territoire.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1387 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). Je retire cet amendement.

L'amendement est retiré.

Article 24

Augmenter l'impact des aides à installation

Amendement de suppression AS45 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet article pose au moins deux problèmes. Premièrement, il renvoie aux conventions la fixation d'un cadre juridique global d'aides à l'installation, alors que c'est le rôle du Parlement. Deuxièmement, il maintient une logique incitatrice qui ne fonctionne pas. Pour notre part, nous croyons davantage à la régulation, voire à la coercition.

Mme la rapporteure générale. Je suis très défavorable à votre amendement car cet article permet de rationaliser les aides à l'installation en les rassemblant au sein d'un seul contrat. C'est vraiment une demande des professionnels.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS254 de M. Thibault Bazin, AS186 de M. Vincent Descoeur, AS473 de M. Yannick Neuder et AS1624 de Mme Katiana Levavasseur.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement de précision entend promouvoir, à l'échelle départementale, les guichets uniques d'accompagnement à l'installation. Cette préconisation figurait déjà dans le rapport d'information sénatorial sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées du 26 juillet 2017 et dans le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires de la même année. Nous avons de beaux exemples de réussite : Présence médicale 64, dans les Pyrénées-Atlantiques, ou GEMinstal, dans le Grand Est. Il s'agit d'associer l'ensemble des acteurs territoriaux dans un guichet dédié aux étudiants et aux jeunes professionnels de santé.

Mme Isabelle Valentin (LR). L'amendement AS186 est défendu.

M. Yannick Neuder (LR). Sur le modèle de ce qui fonctionne dans les Pyrénées-Atlantiques, nous proposons de créer un guichet départemental sous l'égide de l'ARS. Il serait ouvert à tous les professionnels de santé qui souhaitent s'installer, notamment aux étudiants. Si nous voulons favoriser l'installation de jeunes médecins dans les territoires sous-denses, il faut aussi une formation pratique à la gestion d'un cabinet médical, qui s'apparente à celle d'une petite entreprise : gestion d'un bail, d'une assurance, du personnel...

Mme la rapporteure générale. Je suis tout à fait d'accord sur le fond. Mais vos amendements posent un problème rédactionnel dans la mesure où ils renvoient à un article de loi qui n'existe pas. Je vous invite à les retirer au profit de l'amendement

AS1029 de M. Jean-François Rousset, qui sera présenté dans un instant et qui a le même objet.

Les amendements sont retirés.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement AS46 de M. Jérôme Guedj.

Amendement AS1029 de M. Jean-François Rousset.

M. Jean-François Rousset (RE). Il s'agit de créer le guichet unique dont nous venons de parler afin de favoriser l'installation des médecins. C'est une demande des étudiants.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 24 modifié.

Après l'article 24

Amendement AS24 de M. Guillaume Garot, AS1086 de Mme Marie Pochon, amendements identiques AS910 de Mme Isabelle Valentin et AS563 de Mme Josiane Corneloup, amendements identiques AS708 de M. Pierre Dharréville et AS1407 de M. Loïc Kervran, amendements identiques AS22 de M. Jérôme Guedj et AS1356 de M. Guillaume Garot, amendement AS864 de M. Sébastien Peytavie (présentation commune).

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS24 tend à instaurer une régulation exceptionnelle et transitoire dont le terme sera négocié avec la profession. Il propose que les jeunes médecins généralistes, après l'obtention de leur diplôme, exercent au moins deux ans en zone sous-dense. Alors que la désertification médicale touche de plus en plus nos citoyens, cette mesure est le complément indispensable du conventionnement sélectif que nous proposons par ailleurs. En effet, la relative inefficacité des politiques incitatives impose de mener, au moins temporairement, des politiques de régulation. Pendant cette durée de deux ans, les modes d'exercice pourront être souples : libéral, salarié, et même en temps partagé entre l'hôpital et le cabinet. L'essentiel est de mettre des médecins au service de la population dans les zones sous-denses.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Pour mieux répartir les médecins et lutter contre la désertification médicale des territoires ruraux, nous proposons un conventionnement territorialisé des médecins. L'amendement AS1086 prévoit que, dans les zones les plus denses, l'installation d'un nouveau médecin ne peut se faire que lorsqu'un autre part à la retraite.

Mme Isabelle Valentin (LR). La démographie médicale restera défavorable au cours des prochaines années. L'accès aux soins est l'une des préoccupations majeures des Français, qui rencontrent des difficultés croissantes pour trouver un

médecin traitant et obtenir un rendez-vous médical. Face à cet enjeu de santé publique, mon amendement propose d'instaurer une convention sélective de manière à seulement renouveler les médecins conventionnés dans les zones bien dotées pour mieux répartir les nouveaux médecins.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Lorsque nous déposons des amendements, nous avons la lucidité de penser qu'ils ne sont pas toujours la solution miracle. Le problème est tellement profond que, même si on décidait d'autorité d'installer des médecins là où il en est besoin, on en manquerait. Ce n'est pas une raison pour ne pas essayer d'améliorer la situation. Notre amendement propose de mettre les professionnels de santé sur un pied d'égalité en instaurant un zonage comparable à celui qui existe pour les pharmaciens. L'ARS se chargerait de définir ce zonage, qui permettrait ensuite d'organiser l'installation des médecins sur le territoire. Je ne vois pas pourquoi seuls les médecins ont une liberté absolue d'installation.

M. Loïc Kervran (HOR). Un conventionnement sélectif empêcherait que l'écart continue de se creuser entre les territoires. Il faut faire jouer la solidarité nationale. Madame la rapporteure générale disait que la région Centre-Val de Loire est l'une des moins dotées. Élu de cette région, j'observe que les professions régulées – pharmaciens, ambulanciers, infirmiers – sont aussi les plus présentes. Cet amendement est soutenu par de nombreux médecins du Cher.

M. Arthur Delaporte (SOC). Nous comptons sur le conventionnement sélectif pour lutter contre la désertification médicale, qui concerne un nombre toujours plus grand de nos concitoyens. À Caen, on n'arrive pas à trouver un dentiste : il faut aller à Paris ou attendre six mois, même pour une urgence. C'est un vrai problème. L'amendement AS22 propose d'étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui s'applique à d'autres professionnels : pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes ou encore dentistes. Dans les zones où l'offre de soins est excédentaire, définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux, un médecin libéral ne pourra s'installer pour un exercice conventionné que lorsqu'un médecin cessera son activité. Le principe de la liberté d'installation demeurera. Mais le conventionnement ne sera pas systématique. Parce que cette proposition est transpartisane, nous espérons qu'elle sera largement adoptée.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS864 propose, à titre expérimental, que le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral soit limité aux seuls cas où il intervient en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un autre médecin. Cette expérimentation devra faire l'objet d'une évaluation de son efficacité.

M. Guillaume Garot (SOC). Il n'y a sans doute pas de solution unique au problème des déserts médicaux et il ne faut pas s'interdire d'en essayer de nouvelles. Le principe du conventionnement sélectif est simple : pousser les nouveaux médecins à ne pas s'installer dans les territoires – parfois à l'échelle d'une ville – où

l'offre de soins est abondante, mais où elle manque, où des patients attendent. Les modalités doivent sans doute être précisées. Il faut une concertation avec l'ensemble des organisations de médecins. Mais il faut avancer. La question de la régulation de l'installation a été posée par le candidat Emmanuel Macron lors de la campagne présidentielle : c'est écrit noir sur blanc dans son programme électoral. Je vous invite à le mettre en œuvre.

Mme la rapporteure générale. Je répète que le conventionnement sélectif est inefficace et je reste étonnée que ce soient des députés de gauche qui le proposent. Chez moi, comme il n'y a pas assez de médecins, les gens sont prêts à aller voir des magnétiseurs qui demandent des sommes exorbitantes, évidemment pas remboursées par l'assurance maladie.

Vous voulez contraindre les médecins à s'installer dans certaines zones sous peine de ne pas être conventionnés. Que vont-ils faire ? Autre chose que de la médecine libérale ! Ils prendront un des nombreux postes salariés qui existent pour rester où ils souhaitent travailler. Et ceux qui s'installeront en libéral ne seront pas conventionnés – sachant que la tendance au déconventionnement est en hausse. Les patients, surtout ceux qui ne peuvent pas se déplacer vers un autre médecin, ne seront pas remboursés. Je n'arrive toujours pas à comprendre pourquoi cette mesure est proposée par la gauche.

Enfin, on ne peut pas comparer la situation des médecins avec celle des pharmaciens ou des kinésithérapeutes. Quand on a régulé l'installation des pharmaciens, le gradient entre les zones les moins bien dotées et les mieux dotées était de 1 à 7. Pour les généralistes, le gradient est de 0,5. Cela signifie que si vous prenez des médecins dans les zones que vous considérez sur-dotées, cela sera loin de suffire pour les 87 % des territoires démunis, mais cela créera une pénurie là où il n'y en avait pas. Il y a beaucoup de choses à faire pour améliorer l'accès aux soins. Mais cette mesure paraît inefficace et nuisible.

M. Philippe Juvin (LR). Ces amendements ont en commun d'essayer de résoudre le problème des déserts médicaux par une forme de coercition. Le problème, comme l'a dit la rapporteure générale, c'est que la France est désormais un vaste désert médical : il n'y a pas d'endroits très sur-dotés. Certes, le conventionnement sélectif a pu être un début de solution pour certaines spécialités effectivement très présentes dans certains territoires et absentes dans d'autres. Mais ce sont les exceptions qui confirment la règle.

Que va-t-il se passer si nous adoptons cette option coercitive ? Les médecins voteront avec leurs pieds. Ils n'iront pas travailler ; leur temps médical se partagera entre de multiples activités qui feront qu'*in fine*, ils ne seront pas en poste où on les attend. Ou alors ils iront dans des établissements de santé au lieu de s'installer. Il n'y a pas un seul hôpital en France qui ne manque de médecins, pas un seul Ehpad ! En réalité, les médecins ont le choix entre un grand nombre de manières d'exercer. La coercition aura pour effet de prendre un peu de médecins dans des zones peu dotées pour les injecter dans celles qui le sont encore moins. La pénurie étant générale, cette mesure aura un effet pervers.

L'autre différence entre les médecins et les pharmaciens, c'est que les pharmaciens n'ont guère de façons d'exercer leur pratique alors que les médecins ont un large choix. Les solutions sont à chercher ailleurs, du côté des dépassements d'honoraires ou du temps médical. Et puis, il y a un problème démographique global : on ne forme pas assez de médecins. Les Anglais, à titre de comparaison, ont décidé, au mois de mars dernier, de doubler le *numerus clausus*, passé de 10 000 à 20 000.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Les inégalités d'accès aux soins ne cessent de progresser dans notre pays. Des mesures publiques sont indispensables parce que l'État est comptable du droit à la santé. C'est pourquoi nous cherchons de nouveaux leviers alors que vous souhaitez continuer comme avant. Vous ne voulez pas toucher à la liberté d'installation par choix idéologique. Ce que nous proposons est modeste en réalité : n'autoriser l'installation d'un nouveau médecin dans une zone sur-dense qu'à partir du moment où un autre s'en va. Vous nous dites que cela ne marchera pas mais vous n'avez aucun élément pour le démontrer. Pour notre part, nous pensons que c'est un premier outil indispensable. Il est vrai que les choses sont en train d'évoluer et que nombre de jeunes médecins se tournent volontiers vers la médecine salariée – c'est d'ailleurs une partie de la réponse au problème.

Vous nous dites que les médecins vont partir. Mais je fais confiance à leur conscience professionnelle et à leur vocation. Vous dites qu'ils se déconventionneront. Peut-être certains le feront-ils, mais ce seront ceux qui s'installeront dans les zones sur-denses ! L'effet restera marginal du point de vue des inégalités de santé.

Madame la rapporteure générale, vous devriez changer de disque. L'adhésion à cette mesure progresse. Débat après débat, de plus en plus de députés y sont favorables, y compris au sein de la majorité. Vous allez bientôt être obligée d'y venir. Préparez-vous !

M. Thomas Mesnier (HOR). Comme la rapporteure générale, je suis convaincu de l'inefficacité du conventionnement sélectif. D'une part, cela revient à faire peser la charge de l'installation du médecin sur le patient, qui n'est plus remboursé. D'autre part, le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie a montré, au début de l'été, que les inégalités d'installation des soignants de ville sont plus importantes en cas de conventionnement sélectif. Je signale par ailleurs que l'article 22, alinéa 4, du projet de loi de financement ouvre déjà la voie au conventionnement sélectif. J'y reste farouchement opposé – sous la précédente législature, j'ai souvent ferraillé avec notre collègue Guillaume Garot sur cette question. Mais, comme vous, je suis soucieux de résoudre les difficultés de nos concitoyens.

C'est pourquoi je fais une contre-proposition : un nouveau mode d'autorisation d'installation pour les médecins de ville. L'autorisation serait automatique dans les zones sous-denses. Dans les autres, l'installation serait soumise à condition : soit la succession d'un médecin mettant fin à son activité, soit la

participation du nouveau médecin à un exercice secondaire et ponctuel en zone sous-dense. Cette proposition répond à l'objectif de réduire les inégalités territoriales sans faire peser la charge financière sur le patient. Vos amendements, satisfaits par l'article 22, ne paraissent ni efficaces, ni justes. Je tends la main à notre collègue Guillaume Garot et à ceux qui le souhaitent : travaillons ensemble, d'ici à la séance publique, à une mesure de consensus. Dans tous les groupes politiques, nous partageons le même objectif. Mais ne faisons pas payer nos décisions aux patients ! Je ne me résoudrai jamais à ce qu'un habitant de ma circonscription ne soit pas remboursé du fait d'un conventionnement sélectif instauré par l'Assemblée nationale ; ce serait profondément injuste.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Décidément, madame la rapporteure générale, tous les arguments sont bons. Les gens se tourneraient vers des magnétiseurs parce qu'ils ne trouvent pas de médecin ? Non, c'est n'importe quoi ! Ils le font parce qu'ils ont le sentiment que la médecine pratiquée aujourd'hui ne répond pas à leurs attentes, dans certains cas particuliers comme les acouphènes.

Monsieur Mesnier, vous nous renvoyez à votre amendement à l'article 22, alinéa 4. Vous proposiez de n'autoriser l'installation des médecins en dehors des zones sous-denses que s'ils acceptent de participer à un exercice secondaire en zone sous-dense. Qui y comprend quelque chose ? Qui peut croire que ce bricolage va résorber les déserts médicaux ? Au passage, je certifie qu'on a le droit de parler de déserts médicaux quand on y habite. Peut-être certains vivent-ils dans des oasis où les médecins coulent du robinet en abondance. Mais ceux qui n'ont pas de rendez-vous chez un dentiste avant six mois alors qu'ils souffrent d'une rage de dents n'hésitent pas devant l'expression.

Vos réponses ne sont pas satisfaisantes. Vous dites de manière dogmatique que ce que nous proposons n'est pas efficace. Surtout, vous ne faites pas de contre-propositions pour sortir nos territoires de ces difficultés.

M. Guillaume Garot (SOC). Madame la rapporteure générale, vous dites que le déconventionnement créera dans les territoires concernés une inégalité supplémentaire au détriment des patients. Rien n'est plus faux ! Le conventionnement sélectif s'appliquera précisément dans les territoires où il y a un nombre suffisant de médecins pour répondre aux besoins de santé. Il ne pèsera pas sur l'accès aux soins.

Vous dites ensuite que c'est inefficace, que les médecins ne s'installeront pas où ils ne le veulent pas. C'est justement ce en quoi consiste une politique de régulation : trouver les voies et moyens pour orienter efficacement les médecins vers les territoires qui en manquent.

Enfin, la régulation des pharmaciens n'a découragé aucune vocation : il n'y a pas de territoire sans pharmacien. S'il y a des espaces qui présentent une fragilité de ce point de vue, c'est précisément celles qui manquent de médecins, donc de prescripteurs. Nous voulons une offre de soins rationnelle, équilibrée et harmonieuse

au plan national et au plan local. Pour cela, il faut en venir à une régulation de l'installation et de l'exercice de l'ensemble des médecins, généralistes et spécialistes.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Soyons humbles ! Depuis trente ans, nous avons commis beaucoup d'erreurs, à droite comme à gauche, et nous en sommes comptables. Devenons prudents et n'en ajoutons pas de nouvelles qui aggraveraient les choses !

Je rappelle que seuls 7 % des jeunes médecins s'installent en libéral à l'issue de leurs études. En France, il existe deux systèmes de santé, l'un administré – l'hôpital – et l'autre libéral. Le système administré fait-il en sorte qu'il y ait davantage de médecins dans les hôpitaux ruraux ? Le ministère de la santé demande-t-il aux directeurs d'hôpitaux de réorienter les médecins des hôpitaux vers les petits établissements ruraux ? Non. Commençons par corriger la médecine administrée avant de chercher à réglementer la médecine libérale en lui imposant des contraintes supplémentaires ! Selon moi, la seule solution est de rendre la médecine libérale plus attractive. On pourrait imaginer un nouveau statut du médecin libéral et créer une équipe autour de lui, avec des assistants médicaux et les infirmiers en pratique avancée que nous évoquerons tout à l'heure.

M. Éric Alauzet (RE). Bien sûr que nous pouvons prévoir ce qui se passerait : non seulement le conventionnement sélectif serait un échec, mais il aurait un effet dévastateur sur les nouvelles générations. Très peu de jeunes médecins choisissent la médecine générale et, parmi eux, très peu s'installent en libéral. Tout cela s'amplifierait car il y a d'autres façons d'exercer la médecine, de nombreux métiers possibles pour les médecins.

Ceux qui proposent le conventionnement sélectif sont les mêmes qui s'opposaient tout à l'heure à la quatrième année d'internat au motif que cela stigmatiserait les jeunes médecins, créerait un encombrement, les gênerait dans leur formation. Or, le conventionnement sélectif est pire ! J'y suis défavorable précisément parce qu'il stigmatiserait les jeunes médecins. C'est eux qui y seront confrontés. Si nous devons faire quelque chose, c'est avec tous les médecins. Pour ma part, comme médecin sexagénaire, j'accepterais volontiers d'aller travailler un jour par semaine dans une zone sous-dotée. De telles mesures ne remettraient pas en cause la liberté d'installation et feraient contribuer l'ensemble des médecins, pas seulement les jeunes. Vous stigmatisez les jeunes médecins et je suis en profond désaccord avec cela.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Nous sommes tout de même d'accord sur plusieurs points. Oui, il y a des déserts médicaux ou, si on n'a pas le droit d'employer cette expression, des habitants qui n'ont pas accès à une offre médicale. Oui, dans la ruralité – c'est l'Insee qui le dit – on vit moins vieux qu'en ville et l'espérance de vie est plus faible, sans parler des territoires ultramarins. Oui, il y a un droit à la santé et les médecins libéraux exercent une mission de service public. Oui, la situation s'aggrave.

Et face à cela, que nous répond-on ? Qu'il faut étudier la possibilité d'agir, plus tard, peut-être... Non. Il y a aujourd'hui des personnes dont la santé est compromise parce qu'elles ne trouvent pas de médecin. Nous avons proposé des solutions concrètes, notamment le conventionnement territorialisé, qui permettraient de répartir l'offre médicale sur le territoire. Le but est de satisfaire non pas les médecins, mais les patients.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Garot, nous discutons depuis plusieurs années. Ce que vous appelez des zones sur-denses, moi et d'autres considérons qu'il s'agit de zones moyennement dotées – au passage, chaque fois que nous abordons la question, plusieurs députés demandent que le zonage soit revu parce qu'ils se considèrent en zone sous-dense.

Je pense le conventionnement sélectif inefficace. Si des médecins sont déconventionnés, les malades continueront à aller les voir et ne seront pas remboursés, juste parce qu'on aura considéré qu'ils sont dans une zone un peu moins sous-dotée que les autres.

Vous me demandez de changer de disque, monsieur Dharréville ? Non. Je me suis engagée en politique pour améliorer l'accès aux soins. Jamais je ne voterai des mesures inefficaces, dussé-je être la dernière dans l'hémicycle à m'y opposer. Chaque semaine, dans ma permanence, des gens me demandent d'obliger les médecins à s'installer. Du point de vue de beaucoup de nos concitoyens, ce serait une façon simple et compréhensible de régler le problème. S'il y avait suffisamment de médecins dans le pays – si nous pouvions même en exporter car la démographie médicale est faible à l'échelle mondiale – et si c'était faisable, je serais la première à voter cette obligation d'installation. Mais je suis là pour améliorer l'accès aux soins, pas pour faire plaisir à l'opinion ni pour faire de la question un objet politique.

La commission rejette successivement les amendements.

La réunion est suspendue de onze heures quarante-cinq à onze heures cinquante-cinq.

Amendement AS202 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit d'un sujet difficile : la prise en charge de la santé des étrangers en situation irrégulière. Il faut veiller à l'équité. Dans nos permanences ou nos activités professionnelles, nous sommes surpris de rencontrer des patients, par exemple retraités agricoles, qui s'inquiètent du tarif de ce qui leur est prescrit et de l'éventuel reste à charge. Il faut faire attention lorsque ces patients ne sont pas pris en charge à 100 %. Dans le même temps, on accorde à des étrangers en situation irrégulière le bénéfice de la protection universelle maladie (Puma). L'idée est de réguler : soigner naturellement un maximum de gens mais conditionner la prolongation de la Puma pour les étrangers en situation irrégulière à une durée de résidence en France d'au moins six mois.

Mme la rapporteure générale. Défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Je conteste la philosophie de cet amendement qui fait croire que certaines personnes ne peuvent être prises en charge à 100 % en raison de l'existence de la Puma. C'est aberrant ! Pour ma part, je suis favorable à ce que toutes les prestations soient entièrement prises en charge par l'assurance maladie. Il est nécessaire de soigner correctement les patients. Le fait que des personnes, quelle que soit leur qualité, bénéficient de la Puma n'a rien à voir avec cela.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Je suis tout à fait d'accord avec notre collègue Yannick Monnet. Les personnes en situation irrégulière sur le territoire ont droit aux soins. Qui plus est, il faut absolument traiter certaines maladies graves et contagieuses qui reviennent de l'étranger, par exemple la tuberculose. Si ces personnes n'ont pas accès aux soins, elles risquent d'en contaminer d'autres. Cela coûtera bien plus cher par la suite.

M. Arthur Delaporte (SOC). Je suis absolument contre cet amendement que le Rassemblement National ne renierait pas, puisqu'il s'agit de réduire les droits des étrangers. En outre, il porterait atteinte à la santé publique. Permettre à tous de se soigner, quelles que soient leurs ressources, c'est protéger la population générale. On entonne ici une vieille antienne : les étrangers seraient des profiteurs. Nous nous refusons à accréditer cette idée et la mesure irait à l'encontre de nos objectifs de santé publique.

M. Yannick Neuder (LR). Je ne veux pas polémiquer, mais pas non plus tomber dans la caricature. Nous n'avons jamais dit qu'il ne faut soigner personne. Quant aux maladies infectieuses, tout le monde est d'accord pour les traiter pour éviter la contamination.

Tout de même, nous avons tous constaté ces situations, ne dites pas qu'elles n'existent pas : des personnes en situation irrégulière et n'ayant pas forcément les papiers adaptés profitent d'un système auquel ils n'ont pas du tout cotisé alors que des retraités et leurs conjoints ont du mal à payer leurs médicaments chaque mois. La mesure que nous proposons n'est peut-être pas la solution. Mais il faut préserver la paix sociale dans notre pays. En consultation ou dans nos permanences, des gens nous disent qu'ils ont cotisé toute leur vie mais qu'ils ont un reste à charge alors que d'autres, qui n'ont jamais cotisé, se voient tout offrir. Du point de vue de l'équité, c'est incompréhensible. Ils ont un sentiment d'injustice. Si on le nie, on est dans la caricature.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Chers collègues, je vous invite à consulter le rapport pour avis que j'ai remis sur la mission *Santé* du projet de loi de finances pour 2020. Il traite notamment des idées reçues concernant l'aide médicale de l'État et la Puma. Toutes les réponses y figurent. Bonne lecture !

Mme la rapporteure générale. Comme l'a dit notre collègue Ségolène Amiot, les personnes qui sont en France depuis moins de six mois peuvent être atteintes d'une maladie contagieuse. En leur permettant de se soigner, on protège

ceux-là mêmes que vous souhaitez soutenir, monsieur Neuder. Je suis très défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 24

Expérimentation de consultations de médecins dans les zones sous-denses

Amendements identiques AS753 de M. Guillaume Garot, AS1215 de M. Thomas Mesnier, AS1247 de M. Philippe Vigier et AS1324 de Mme Monique Iborra.

M. Guillaume Garot (SOC). L'amendement porte sur les consultations avancées. Il est issu du groupe de travail transpartisan que la commission des affaires sociales a installé pour faire émerger des solutions partagées en matière d'accès aux soins. Ses propositions sont un dénominateur commun, parfois trop peu ambitieux aux yeux de certains. Pour ma part, je suis réformiste : j'estime chaque pas en avant bienvenu.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Dans le droit fil de la création de la quatrième année d'internat pour les médecins généralistes, l'amendement AS1215 demande aux conseils de l'ordre des médecins d'organiser, territoire par territoire, la contribution de médecins installés dans une zone bien dotée à la prise en charge des patients dans une zone sous-dotée. Il s'agirait d'une expérimentation de trois ans.

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement AS1247 émane de plusieurs groupes politiques. Je suis persuadé qu'elle permettra d'avancer. J'espère qu'elle recevra l'accueil le plus favorable possible.

Mme Monique Iborra (RE). Aux termes de l'amendement AS1324, l'État pourrait autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents à organiser obligatoirement des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans les zones sous-dotées.

Mme la rapporteure générale. Je suis favorable à ces amendements. Je me réjouis que le groupe de travail transpartisan, créé peu de temps avant l'examen de ce projet de loi de financement, montre une efficacité certaine. Je regrette que certains groupes politiques, pourtant probablement d'accord sur le fond, n'aient pas souhaité cosigner un amendement commun. Mais ce qui importe, c'est de progresser en matière d'accès aux soins.

M. Éric Alauzet (RE). J'ai dit précédemment que le conventionnement sélectif stigmatisait les jeunes médecins et qu'il fallait mobiliser l'ensemble de la profession médicale. C'est tout l'intérêt de cette mesure qui complète la création de la quatrième année d'internat pour les jeunes médecins.

Il est souvent possible – même si ce n'est pas toujours le cas – aux médecins installés, à plus forte raison s'ils exercent en cabinet de groupe, de consacrer une

journée par semaine à une zone désertifiée. Ils peuvent s'organiser à plusieurs pour assurer une permanence des soins, le cas échéant vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Cela peut être organisé avec les CPTS et les conseils de l'ordre des médecins. On pourrait ainsi envoyer dans les zones concernées des médecins expérimentés, et pas seulement des jeunes médecins. Un médecin exercerait plusieurs années sur un territoire donné. Les patients pourraient bénéficier d'un suivi régulier, tout en étant pris en charge en cas d'urgence par un autre médecin, comme c'est le cas dans un cabinet de groupe. Il s'agit d'une mesure alternative au conventionnement sélectif. Elle est à mon avis plus crédible et réaliste, et mobiliserait toute la profession médicale.

La commission adopte les amendements.

Article additionnel après l'article 24

Expérimentation de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée

Amendements identiques AS1249 M. Cyrille Isaac-Sibille, AS757 de M. Guillaume Garot, AS1219 de M. Thomas Mesnier et AS1325 de Mme Monique Iborra, et amendement AS800 de Mme Nicole Dubré-Chirat (discussion commune).

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je suis heureux de défendre un amendement qui rassemble plusieurs groupes de notre commission en faveur d'une avancée significative dans la relation entre médecins et infirmiers, attendue depuis longtemps. Si le diagnostic est de la compétence du médecin, qui a suivi une formation approfondie, les soins peuvent être effectués par d'autres professionnels de manière autonome. L'amendement vise à autoriser, à titre expérimental, les infirmiers en pratique avancée (IPA) à faire des soins sans prescription médicale dans le cadre des structures d'exercice coordonné. Nous connaissons le rôle des IPA en matière de prévention et d'éducation thérapeutique. Il est indispensable que les patients, notamment atteints de maladies chroniques, aient un accès direct à ces infirmiers.

La question de la rémunération se pose pour les IPA exerçant en libéral puisque la pratique avancée ne leur procure pas des revenus suffisants. Nous nous en remettons aux discussions conventionnelles pour y remédier.

M. Jean-François Rousset (RE). Afin d'accroître le temps médical des généralistes et d'améliorer l'accès aux soins, la possibilité de déléguer des tâches aux IPA semble bienvenue. Je soutiens donc avec plaisir l'amendement AS1325 et les amendements identiques, qui réunissent des députés de tous bords.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). Mon amendement n'est pas identique mais il propose aussi l'expérimentation d'un accès direct aux IPA dans un souci d'efficacité de la prise en charge. La loi est venue restreindre l'autonomie dont bénéficiaient ces professionnels, causant des effets négatifs – coût supplémentaire pour la sécurité sociale, difficultés d'accès pour le patient – et empêchant la pratique

avancée de se développer pleinement. L'amendement a été rédigé avec l'Ordre national des infirmiers.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit d'une mesure efficace pour améliorer l'accès aux soins. Je regrette seulement que le projet de loi de financement ne nous permette pas de la généraliser d'emblée. J'émet un avis favorable aux amendements identiques et je demande le retrait de l'amendement de Mme Dubré-Chirat.

La commission adopte les amendements identiques.

En conséquence, l'amendement AS800 tombe.

Après l'article 24

Amendement AS31 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a pour objet de rembourser huit séances par an chez un psychologue. Le dispositif baptisé « Mon Psy » est destiné à aider les Français à surmonter les difficultés psychologiques que la crise sanitaire a mises en lumière. L'amendement demande au Gouvernement un rapport visant à évaluer le dispositif et à étudier la possibilité de l'étendre aux couples en difficulté.

Mme la rapporteure générale. Je souscris à l'objectif d'évaluer le dispositif mais le Printemps social de l'évaluation serait le cadre idoine pour un tel travail.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS108 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement cherche à remédier à la difficulté à laquelle nous nous heurtons régulièrement pour mesurer les capacités hospitalières, en particulier pour connaître le nombre de lits ouverts et surtout fermés sur une période donnée. Le projet de loi de financement ne nous renseignant pas suffisamment pour garantir un suivi objectif, nous sommes tributaires des informations fournies par le ministère et les agences régionales de santé. Nous devons améliorer le pilotage de notre offre, notamment en fixant des capacités cibles pour les hôpitaux. Cette exigence correspond à notre philosophie en matière de santé publique : le système de santé doit répondre aux besoins et non s'adapter au cadre budgétaire défini par la loi de financement. Notre analyse est partagée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale, selon lequel « *l'enjeu principal ne réside pas dans un cadrage budgétaire toujours plus affiné, mais de plus en plus déconnecté de la réalité* ».

Le rapport que nous demandons devra faire des préconisations pour créer un outil de pilotage pluriannuel de l'offre permettant aux parlementaires d'appréhender les conséquences concrètes sur le nombre de lits de l'Ondam hospitalier qu'ils votent.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit d'un amendement d'appel. Ce que vous réclamez, il revient à la commission des affaires sociales de le faire.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS109 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement est le pendant du précédent pour les effectifs de l'hôpital. J'entends votre argument, madame la rapporteure générale, mais comment la commission effectue-t-elle et diffuse-t-elle ce travail ? Le rapport que nous demandons doit évaluer le pilotage des postes vacants et de l'absentéisme, mais aussi examiner les conséquences qui peuvent en être tirées en matière de qualité de vie au travail, de rémunération, d'allocation des ressources humaines sur le territoire, de mobilité, de logement, de garde d'enfants, etc.

Je connais déjà votre réponse. Mais de quelles informations la commission dispose-t-elle sur les capacités d'accueil et les ressources humaines des hôpitaux pour éclairer le débat ?

Mme la rapporteure générale. En modifiant la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, nous avons renforcé le rôle du Printemps social de l'évaluation. Nous aurons désormais plus de temps et d'informations pour mener à bien notre travail d'évaluation.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS779 de Mme Marie-Charlotte Garin et AS1491 de Mme Caroline Fiat (discussion commune).

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Je demande un rapport sur les maisons de naissance que la loi de financement pour 2021 entendait développer. Il s'agit d'évaluer l'efficacité des mesures prises, en particulier pour renforcer l'accès aux soins.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). L'an dernier, le projet de loi de financement a consacré ces maisons de naissance. Nous voudrions en avoir un bilan, face aux maternités. Nous saurons ainsi qui avait raison dans le débat l'année dernière.

Mme la rapporteure générale. L'objet du rapport demandé est particulièrement intéressant, et particulièrement adapté au Printemps social de l'évaluation, renforcé considérablement l'an dernier grâce au travail de notre collègue Thomas Mesnier. Nous devons nous saisir de cet outil.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). L'un n'empêche pas l'autre. Les rapports du Gouvernement sont souvent plus documentés. Je maintiens l'amendement.

M. Thomas Mesnier (HOR). Saisissons-nous du Printemps social de l'évaluation. Cela renforce les prérogatives de la commission et conforte son rôle. Nous pouvons aussi relancer les travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, qui est un autre lieu approprié pour le travail que vous souhaitez.

La commission rejette successivement les amendements.

Article 25

Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

Amendement AS12 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 25 va dans le bon sens puisqu'il s'attaque de manière résolue au recours à l'intérim, dont un rapport du député Olivier Véran en 2013 avait souligné les effets préjudiciables sur les finances de la sécurité sociale – plus de 500 millions d'euros à l'époque. En 2018, selon les estimations de la direction générale de l'offre de soins, le coût avait triplé pour atteindre 1,4 milliard d'euros. La rémunération pour des missions le samedi et le dimanche dans certaines spécialités peut atteindre des montants choquants.

Pour pouvoir être embauché en tant qu'intérimaire dans les établissements de santé, l'article 25 impose d'avoir exercé pendant une durée minimale dans un cadre autre qu'un contrat de mission. Vous envisagez une durée de deux ans. Je présente une série d'amendements visant à déplacer le curseur pour trouver la bonne durée – je reconnais le caractère maximaliste de certaines de mes propositions.

Si le recours à l'intérim est aussi important, c'est que les conditions de travail et de rémunération dans les établissements de santé ne sont pas motivantes. Une partie des professionnels préfèrent donc la souplesse et les revenus de l'intérim. Nous devons nous attaquer aux racines du mal. Si le recours à l'intérim est pertinent dans certains cas, dans d'autres il représente un dévoiement du système.

Mme la rapporteure générale. Votre amendement vise à élargir l'interdiction prévue par l'article 25 aux établissements médico-sociaux. J'y suis à titre personnel très favorable. Cependant, je vous suggère de le retirer au profit de l'amendement AS1651 que j'ai cosigné avec notre collègue Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie, dont la rédaction est meilleure.

En attendant qu'il arrive en discussion, je donne une précision : entre 2000 et 2021, le recours à l'intérim a plus que doublé dans les établissements de santé, et il a été multiplié par dix dans les établissements médico-sociaux.

M. Jérôme Guedj (SOC). Mes amendements visent à moduler soit les établissements concernés, soit la durée d'exercice. L'amendement AS13 est maximaliste, je le reconnais, puisque son objet est d'interdire purement et simplement le recours à l'intérim dans les établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap. On peut admettre le recours à l'intérim en établissement de santé dans lequel le séjour est limitée à quelques jours ; l'interlocuteur est souvent le même pendant cette courte période. Mais en établissement médico-social, les rotations de personnel et le recours excessif à l'intérim sont en contradiction avec le projet même de l'établissement, qui repose sur une connaissance de la personne. L'intérim, aussi encadré soit-il, est incompatible avec la nature de l'établissement. L'accompagnement, la prévention et la lutte contre l'isolement ne peuvent pas être le fait de personnes qui vont d'un établissement à un autre sans connaître les résidents.

Vous me rétorquerez que cela risque de créer d'énormes difficultés. Mais soyons exigeants ! Fixons-nous l'objectif d'une interdiction totale à moyen ou long terme de l'intérim pour lutter contre le changement incessant des personnels, responsable de la maltraitance systémique à l'égard des personnes âgées.

M. Marc Ferracci (RE). Nous sommes régulièrement saisis dans nos circonscriptions des problèmes posés par les remplacements. Dans le projet de loi portant mesures d'urgence relatives au fonctionnement du marché du travail en vue du plein emploi, nous avons adopté une disposition visant à prolonger l'expérimentation du contrat à durée déterminée multi-remplacement, lequel pourrait apporter une réponse en encourageant la stabilité et la fidélité des employés dans le secteur médico-social.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je soutiens l'amendement. L'intérim doit être encadré. Peut-être faut-il aller jusqu'à confier sa gestion à une structure publique. Les mesures prises jusqu'à présent n'ont pas réussi à freiner son développement. Il est désolant de constater que cette pratique est si attractive alors qu'elle ne répond pas à nos besoins et qu'elle est très coûteuse pour la sécurité sociale. Je suis favorable à une régulation plus forte.

M. Jérôme Guedj (SOC). Le mieux n'étant pas l'ennemi du bien, je maintiens l'amendement. Je suis néanmoins disposé à travailler avec notre collègue Caroline Janvier sur une rédaction consensuelle.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS9, AS10, AS11 et AS8 de M. Jérôme Guedj, amendement AS189 de M. Yannick Neuder (discussion commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Je rappelle la philosophie qui inspire nos amendements, qui peuvent sembler dilatoires tant ils sont drastiques – par exemple, l'amendement AS9 pose une condition d'exercice de vingt ans avant de pouvoir faire de l'intérim.

Je ne plaide pas pour l'interdiction de l'intérim à l'hôpital, même si elle peut être légitime dans le secteur médico-social pour les raisons que j'ai évoquées. En revanche, je vous invite à vous interroger sur la durée minimale d'exercice préalable qui devrait être retenue. Les deux années proposées sont-elles suffisantes ? En faut-il quatre, six, dix ? En tout état de cause, nous devons nous attaquer aux racines du mal, ce qui passe par des mesures sur la qualité de vie au travail et les rémunérations des professionnels dans les hôpitaux.

M. Yannick Neuder (LR). Mon amendement poursuit le même but. Toutefois, il ne faudrait pas faire disparaître l'intérim : il peut être utile en cas de maladie ou d'accident dans une équipe. Ce qui pose problème, c'est quand il devient le mode de fonctionnement habituel. Nos propositions doivent être équilibrées. Il faut combattre l'intérim qui fait exploser les coûts et sape le fonctionnement de services hospitaliers ou médico-sociaux, mais aussi faire en sorte qu'il y ait d'autres voies bien rémunérées au sortir des études.

La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi « Rist », a prévu un plafonnement de la rémunération, pas complètement mis en application. Nous devons agir sur la durée d'exercice requise avant de pouvoir travailler en intérim. Mon amendement prévoit une durée de trois ans, qui correspond à celle de l'assistantat ou du clinicat dans les hôpitaux. Aujourd'hui, certains internes refusent des postes d'assistant chef de clinique pour lesquels on se battait il y a quelques années ; ils se comportent en mercenaires, préférant faire de l'intérim en ville. La durée de trois ans aurait pour vertu de redonner de la valeur aux choses.

Mme la rapporteure générale. Les ordres professionnels se concertent en ce moment même pour définir une durée. Doit-elle d'ailleurs être identique pour chaque profession ? Je suis défavorable à ce que nous inscrivions cette durée dans la loi.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'intérim médical pose la question du rôle du Parlement : même lorsqu'il décide une mesure, elle n'est pas toujours appliquée. Vous êtes bien placée pour le savoir, madame la rapporteure générale. Si l'intérim permet de pallier certaines absences, il conduit à des rémunérations délirantes et à une mise en concurrence des établissements de santé. Cela pénalise le citoyen, le contribuable et le patient. Bref, rien ne va : c'est pourquoi le Parlement doit agir.

Inscrire une durée pourrait éviter que les jeunes médecins ne soient tentés par l'intérim, si rémunérateur, alors que les décrets d'application de la loi « Rist » ont été reportés et que des contrats illégaux perdurent. Il faut une régulation forte, dès la source, c'est-à-dire dès la loi, sans attendre une potentielle discussion à venir. Le législateur doit exercer son pouvoir. C'est pourquoi il faut fixer dès maintenant une durée, même si l'on peut débattre de celle qui est pertinente.

Mme la rapporteure générale. Je regrette que la loi votée il y a un an et demi ne soit pas appliquée. Avec la crise sanitaire, l'urgence était sûrement ailleurs.

Le ministre de la santé et de la prévention s'est engagé à ce qu'elle le soit au printemps 2023, en même temps que le présent article, si nous le votons.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Les ordres se concertent, madame la rapporteure générale ? Mais alors qui décidera pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, qui n'ont pas d'ordre ? Je préfère que ce soit le Parlement.

Dans un temps lointain, il existait des pôles de remplacement dans les hôpitaux avec des « volantes ». Mais nos emplois se sont dégradés ; nos collègues ont démissionné ; il manque du personnel dans les services. Les pôles de remplacement ont disparu car leurs effectifs servent à combler les trous ailleurs.

Je voterai les amendements mais il faudra trouver une solution pour que les gens aient à nouveau envie d'exercer ces métiers du soin, les plus beaux métiers du monde, et que les pôles de remplacement réapparaissent – les ratios pourraient être cette solution.

Mme Isabelle Valentin (LR). Nous avons beaucoup parlé de l'intérim médical lors de la précédente législature, et nous attendons ce décret d'application. On voit de véritables mercenaires dans nos établissements, notamment chez les urgentistes. Certains médecins vont au plus offrant. Dans les auditions, ils expliquent qu'en travaillant dix jours par mois, ils gagnent beaucoup plus que tous les autres. Ce n'est pas acceptable. Je suis favorable à l'amendement de notre collègue Yannick Neuder, qui permettra d'éviter que les jeunes sortis d'études ne prennent goût à ce mercenariat.

Mme Josiane Corneloup (LR). Les établissements ont commencé à réfléchir à l'application de la loi « Rist ». Dans ma circonscription, un hôpital de proximité emploie de nombreux intérimaires : le plafonnement unilatéral et uniforme de leur rémunération, que ce soit à Lille ou à Paray-le-Monial, a entraîné des démissions qui ont sérieusement mis en cause le fonctionnement des services, notamment d'urgence, à Noël. Je suis certes favorable à un plafonnement car un *dumping* s'est installé, mais une application unilatérale à tous les territoires, favorisés ou défavorisés, pose un problème grave.

Mme Monique Iborra (RE). Il peut être périlleux de fixer une date dès à présent, sans étude d'impact. Le secteur médico-social rencontre des difficultés en matière de personnel : se précipiter pourrait avoir de lourdes conséquences.

Mme Caroline Janvier (RE). L'amendement AS1651 qu'a évoqué la rapporteure générale ne mentionne pas une durée précise. Il renvoie à un décret, ce qui permet d'attendre les concertations avec les syndicats.

Monsieur Delaporte, je ne suis pas favorable à une loi bavarde. Trop de précision dans nos lois, parfois d'un niveau réglementaire, est source de complexité administrative. Cela rigidifie les discussions et compromet la bonne application des principes qui, eux, ont vocation à être définis dans la loi. Nous devons veiller à nous

placer au bon niveau, celui des principes et des objectifs que nous partageons s'agissant de l'intérim médical.

Mme la rapporteure générale. Je ne souhaite pas inscrire une durée dans la loi.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1386 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement vise à compléter l'alinéa 4 par une phrase sur les montants de rémunération des médecins intérimaires, qui doivent être déterminés avec tact et mesure. La notion figure dans le code de déontologie médicale pour les honoraires, mais pas pour les salaires. Je précise que le montant maximal des rémunérations sera fixé annuellement, dans chaque département, par l'ARS, après avis consultatif des représentants des commissions médicales d'établissement des établissements de santé du département et des associations d'élus locaux.

Mme la rapporteure générale. Il ne faut pas généraliser : l'ensemble des médecins qui font de l'intérim ne bafouent pas les principes de tact et mesure. Mais cela existe et une différenciation selon les départements ne pourra qu'inciter les mercenaires à opter pour le département où ils seront le mieux payés. Au contraire, il faut agir dans tout le pays en même temps et à une date unique. Ce ne sera pas possible autrement. J'entends les inquiétudes des directeurs d'établissement, notamment les plus fragiles, mais c'est justement s'il n'existe nulle part de meilleure offre que les professionnels accepteront la leur.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS14 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Vous posez le principe d'une interdiction de l'intérim mais sans aucune sanction ni dispositif de contrôle. C'est un coup d'épée dans l'eau ! En cohérence avec notre volonté de réguler, d'encadrer et d'interdire le recours à l'intérim dans certaines situations, il faut prévoir une sanction. Tel est l'objet de cet amendement, qui renvoie au décret le soin d'en définir les modalités.

Mme la rapporteure générale. Vous voulez ajouter que le décret prévu comprendra des sanctions. Cela me semble évident, mais si c'est ce que vous souhaitez, je donne un avis de sagesse. Tout manquement à une obligation que nous posons doit avoir une conséquence.

M. Thomas Mesnier (HOR). L'interdiction vise les agences d'intérim. Le Gouvernement a-t-il fourni des éléments sur les possibilités de contourner l'article 25 par des contrats de gré à gré ? C'est la principale limite de ce texte.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS47 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il convient de préciser les modalités de surveillance du dispositif en confiant au directeur de l'ARS le pouvoir de vérifier que les agences d'intérim médical et paramédical proposent bien des intérimaires ayant préalablement exercé en établissement pendant une durée minimale.

Mme la rapporteure générale. J'y suis défavorable. On imagine la difficulté de contrôler chaque contrat, songez à leur nombre ! Il faut plutôt responsabiliser les structures qui utilisent l'intérim.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS13 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit d'étendre l'encadrement de l'intérim aux établissements recevant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Avec cet amendement couplé à celui de la rapporteure générale et de Mme Janvier qui pose une condition de délai, nous afficherons clairement notre volonté en matière d'intérim médical et paramédical.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Pour lever toute ambiguïté, notre amendement proposera d'étendre l'interdiction de l'intérim au secteur médico-social ; il n'inclura pas de délai.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS1651 de Mme Stéphanie Rist et AS1397 de Mme Laurence Cristol, amendements AS1329 de Mme Annie Vidal et AS1254 de M. Cyrille Isaac-Sibille (discussion commune).

Mme Caroline Janvier (RE). Mon amendement ne précise effectivement pas la durée d'exercice minimale pour pouvoir faire de l'intérim. Il la renvoie à un décret pris après discussion avec les acteurs. Cela permettra de calibrer la durée en fonction des difficultés de recrutement du secteur et des échanges avec les syndicats.

Mme Laurence Cristol (RE). Mon amendement vise à étendre l'article 25 à l'encadrement de l'intérim des jeunes professionnels dans les établissements et services à domicile. C'est un enjeu de stabilité des équipes et de coût pour les établissements et services, donc de qualité de prise en charge des personnes âgées. Toutefois, je prends acte que l'amendement de nos collègues Stéphanie Rist et Caroline Janvier couvre exactement le même champ et je retire le mien.

Mme Annie Vidal (RE). Je porte un amendement du groupe Renaissance qui vise aussi à étendre les dispositions de l'article 25 aux établissements sociaux et aux services médico-sociaux, avec un dispositif un peu différent.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Mon amendement a également pour objectif d'étendre ce qui est prévu au secteur médico-social.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable à l'amendement AS1651.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cela semble une bonne mesure mais les raisons du recours à l'intérim ne sont pas partout les mêmes. Dans le secteur médical, il y a une pénurie de médecins ; dans le médico-social, c'est le niveau des salaires qui pose problème. Il faudrait relever les montants avant de limiter le recours aux intérimaires.

J'appelle aussi votre attention sur les effets d'aubaine qui apparaissent dans la médecine libérale. Certaines collectivités territoriales font de la surenchère à l'installation. Il faudrait qu'un dispositif limite les avantages réclamés – voiture, local, logement, emploi pour le conjoint... Certaines demandes sont licites mais les collectivités n'ont pas toutes les moyens de suivre.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous voterons ces amendements sur les intérimaires. Mais les renforts sanitaires, eux, sont toujours sur le terrain, prêts à répondre aux alertes, alors qu'ils gagnent très peu. Les rémunérer davantage éviterait le recours à l'intérim, mais je ne peux déposer un amendement en ce sens sans me heurter à l'article 40.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). La rémunération est en effet un enjeu. Certains Ehpad ou grands hôpitaux, y compris au sein de la fonction publique, cherchent à débaucher les médecins coordonnateurs de petites structures pour répondre à leurs propres besoins.

M. Jérôme Guedj (SOC). Le groupe Socialistes et apparentés soutient ces amendements qui s'inscrivent dans le droit-fil du mien, qui prévoyait en plus un délai. Pour l'examen en séance publique, il serait intéressant que le dispositif de sanction pour le secteur médico-social figure aussi dans le décret.

L'amendement AS1397 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS1651.

En conséquence, les amendements AS1329 et AS1254 tombent.

La commission adopte l'article 25 modifié.

Après l'article 25

Amendement AS106 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement de repli vise à limiter l'exercice de la médecine intérimaire à six mois par période de cinq ans et vingt-

quatre mois dans les zones sous-denses. Compte tenu des échanges que nous venons d'avoir, nous le retirons.

*L'amendement est **retiré**.*

6. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 15 heures (après l'article 25 à article 33)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12279734_6346ba616b63f.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Chers collègues, nous avons examiné 354 amendements depuis lundi ; il nous en reste 323 : il serait bon d'accélérer.

Après l'article 25 (suite)

Amendement AS1036 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS222 de M. Thibault Bazin, AS204 de M. Yannick Neuder et AS358 de M. Philippe Juvin, amendements AS949 de Mme Isabelle Valentin et AS793 de M. Thomas Mesnier (discussion commune).

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement AS1036 traduit les recommandations émises par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de 2021, à savoir qu'il serait bon que les protocoles soient alignés sur la régulation pluriannuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Nous proposons que le protocole mentionné à l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale soit valable pour une durée de cinq ans et non de trois, que sa signature soit impérative et non seulement possible, et qu'il soit mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2023.

L'amendement AS222 va dans le même sens mais ne reprend pas cette dernière disposition.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement AS358 est défendu.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS949 est défendu.

M. Thomas Mesnier (HOR). Afin de donner une meilleure visibilité aux acteurs, je propose, suivant les recommandations HCAAM, de porter de trois à cinq ans la durée de validité du protocole signé entre l'État et les différentes fédérations hospitalières, sur le modèle de la convention médicale. Cela permettrait d'aligner les durées et irait aussi dans le sens du projet de loi de programmation des finances publiques que nous avons examiné hier dans l'hémicycle.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Avis défavorable sur l'ensemble des amendements. On doit pouvoir signer un protocole sur trois ans sans en être empêché par la loi. De plus, un engagement sur cinq ans me paraît délicat vu qu'il déborderait le mandat en cours. Et, pour aller dans le sens que vous indiquez, on trouve des éléments de réponse dans le projet de loi de programmation des finances publiques.

M. Thomas Mesnier (HOR). La durée de cinq ans ne serait pas obligatoire : ce serait un maximum. On pourrait prévoir dans un premier temps une durée de quatre ans afin d'aller jusqu'au bout du présent mandat puis passer à cinq de manière à coller aux mandats politiques nationaux.

M. Thibault Bazin (LR). En général, les programmations se font sur cinq ans : c'est le cas de la programmation militaire, de celle de l'énergie et de celle de la justice. *Idem* pour les conventions médicales. Mais nous en débattons en séance.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS111 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Année après année, nous observons les effets de la tarification à l'activité (T2A), certains vertueux, d'autres dévastateurs, notamment pour ce qui concerne l'organisation des soins et le financement des établissements de santé. Aucun remède efficace n'a été apporté aux limites de la T2A. Son caractère inflationniste et, surtout, son absence de corrélation avec les besoins en santé des territoires sont deux de ses inconvénients majeurs.

À travers le présent amendement, nous souhaitons soulever le problème. Il s'agirait de fixer un plafond de financement par la tarification à l'activité, à hauteur de 50 % des ressources de chaque établissement. L'objectif est de trouver un mode de financement répondant mieux aux critères de qualité et de justesse des soins ainsi qu'aux besoins de santé de chaque territoire.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Nous avons inscrit dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé l'objectif d'une évolution vers un financement mixte, avec une partie à l'activité et une dotation socle pour trois ans. En outre, une expérimentation est prévue dans la loi, pour des unités de court séjour. Je crois avoir compris qu'avec la crise sanitaire, cela a pris du retard, mais nous souhaitons aller dans ce sens.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS948 de Mme Isabelle Valentin.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS112 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Toujours dans l'objectif de mettre en place un mode de financement qui permette de répondre efficacement aux besoins de chaque territoire, nous proposons d'étendre l'application du principe de responsabilité

populationnelle, tel qu'il est défini par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique : « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.* » Montrons notre confiance dans ces acteurs en créant un plancher de financement par responsabilité populationnelle à hauteur de 25 % des ressources de chaque établissement.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, pour les raisons avancées précédemment.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS675 de Mme Justine Gruet.

Mme Justine Gruet (LR). L'objet de cet amendement est d'appeler l'attention du Gouvernement et de l'ensemble de la représentation nationale sur les effets de la tarification à l'activité sur notre système de santé.

Cette méthode de financement des établissements de santé, mise en place à partir de 2004, repose sur la cotation de chacun des actes effectués pour déterminer le budget de chaque établissement. Si nul n'en conteste les apports, notamment comparativement à la dotation globale de financement, nul ne conteste non plus qu'elle puisse susciter de nombreuses critiques.

Notre système hospitalier a dû faire face aux vagues successives de covid-19. Parce qu'ils sont tout simplement humains, les personnels soignants n'ont pas tous souhaité poursuivre leur mission dans ces conditions. Certains ressentent de la déception lorsqu'ils confrontent l'idée qu'ils se font de leur métier avec la réalité. En dépit d'un rythme de travail éreintant, d'autres ont continué à appliquer la logique de rentabilité quand bien même l'urgence pouvait être ailleurs. Le poids de la bureaucratie et la nécessité de justifier tous les actes pèsent sur leur quotidien. Ils se plaignent de voir leurs missions détournées de leur but initial et nous le font savoir. Le temps passé avec les patients devient secondaire. Cette réalité marque l'échec des pouvoirs publics de tous bords.

Par cet amendement d'appel, nous entendons envoyer un signal à ces personnels soignants. Il s'agit de réduire le temps qu'ils consacrent au travail administratif afin d'augmenter celui qu'ils passent à soigner les patients, de revaloriser leur cœur de métier et de leur redonner du pouvoir de décision au sein de leur établissement. Pour cela, il faut engager une remise à plat de notre système, grâce à une réflexion transpartisane. Dans un pays soumis à de si fortes tensions, il est de la responsabilité de la représentation nationale de s'atteler à un travail de fond et d'engager l'ensemble de nos institutions dans la voie de la sobriété bureaucratique.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Je vous rejoins néanmoins sur un point : s'il y a bien une chose à laquelle nous devons travailler, c'est à la transformation du financement de manière à faire

converger les modes de rémunération des professionnels, notamment des médecins, afin, d'une part, de sauver l'hôpital, d'autre part, d'éviter la différenciation entre médecine de ville et hôpital.

M. Yannick Neuder (LR). Je m'étonne, alors qu'on dit vouloir transformer le mode de tarification, qu'on applique la T2A à partir du 1^{er} janvier à des secteurs qui jusqu'alors n'en relevaient pas, comme les soins de suite et de rééducation. Les services hospitaliers ne disposent d'aucune information ni d'aucune projection sur ce qui va se passer en 2023. Les premiers retours dont nous disposons font penser que cela va plutôt faire perdre des moyens aux hôpitaux. Il serait bon d'être un peu cohérent.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS226 de M. Thibault Bazin, AS618 de Mme Josiane Corneloup, AS965 de Mme Isabelle Valentin et AS1055 de M. Frédéric Valletoux.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement tend à simplifier les règles et les circuits de facturation, de manière à libérer du temps. Appliquer la facturation individuelle des établissements de santé (Fides) à l'hospitalisation complexifierait la facturation à l'hôpital, sans aucune valeur ajoutée, et ferait peser un risque non négligeable sur les recettes et la trésorerie des établissements. C'est pourquoi je propose de supprimer la facturation directe à l'assurance maladie des frais d'hospitalisation, médicaments, produits et prestations.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS618 est défendu.

Mme Isabelle Valentin (LR). Dans un souci de simplification, il serait nécessaire de supprimer l'application de la Fides à l'hospitalisation. Elle ne ferait que complexifier la facturation à l'hôpital, sans améliorer la prise en charge des patients.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Il serait bon de faire de temps en temps des gestes en direction des personnels pour simplifier le fonctionnement de l'hôpital. Celui que nous proposons est simple. Il permettrait de libérer du temps, au bénéfice sans doute de l'accompagnement des patients, et d'atténuer le sentiment de bureaucratisme que peuvent ressentir les hospitaliers face à la croissance incessante des tâches administratives.

La réforme visée par les amendements, qui a été engagée il y a une douzaine d'années – nous n'en sommes pas comptables –, alourdit le quotidien des hospitaliers. Il faut avoir la lucidité d'admettre qu'elle ne fonctionne pas. Elle contraint à envoyer un bilan quotidien de l'activité hospitalière à l'assurance maladie, alors que le système précédent prévoyait une facturation mensuelle. Si d'autres types d'établissement sont davantage tournés vers les consultations, elle n'est pas adaptée aux hôpitaux. Lors du Ségur de la santé, sa suppression avait été considérée comme

une réforme facile, simple et sans doute utile pour l'hôpital, mais elle n'a malheureusement pas été mise en œuvre. L'adoption de ces amendements serait un signal positif envoyé aux hospitaliers au moment où l'on parle d'alléger les charges administratives à l'hôpital.

Mme la rapporteure générale. À ce stade de la discussion, mon avis est défavorable. Il serait préférable d'en débattre en séance.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS114 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit d'un amendement d'appel. Nous demandons la remise au Parlement d'un rapport sur la création d'un fonds permanent dédié à l'investissement dans les hôpitaux publics. La visibilité des programmations d'investissement dans les hôpitaux publics a été encadrée ces dernières années par les plans hôpitaux 2007 et 2012, et plus récemment par le Ségur de la santé, dans un contexte de contraction de l'investissement : la part de celui-ci par rapport aux recettes a été divisée par deux entre 2009 et 2019.

La création d'un tel fonds donnerait une meilleure visibilité financière aux acteurs du secteur, conformément aux conclusions du rapport de la commission d'enquête sénatoriale présidée par Bernard Jomier. Elle renforcerait, en outre, notre rôle tant de décision que d'évaluation, en nous donnant la possibilité de débattre du sujet à l'occasion de la programmation pluriannuelle.

Mme la rapporteure générale. Je suis d'accord avec votre constat : l'hôpital public souffrait de sous-investissement depuis de nombreuses années. C'est pourquoi le Ségur de la santé a prévu, pour rattraper ce retard, 19 milliards d'investissements et un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé a été créé, doté de 1,1 milliard d'euros l'année dernière et de 1,3 milliard cette année. La visibilité souhaitée me semble assurée et l'amendement satisfait.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La réunion est suspendue de quinze heures vingt à quinze heures quarante.

Amendement AS119 de M. Jérôme Guedj.

M. Elie Califer (SOC). Nous recevons régulièrement des alertes de la part des professionnels des soins psychiatriques sur l'état de délabrement avancé des établissements. Depuis 2017, les établissements de psychiatrie, qui relèvent essentiellement du secteur public et fonctionnent grâce à une dotation annuelle de financement, ont connu une augmentation de 12,5 % de leurs crédits, soit deux fois moins que la progression du budget national dédié à la santé sur la même période.

Ce sous-financement chronique a des répercussions sur les personnels, qui sont épuisés.

Étant contraints par les règles de recevabilité financière, nous demandons la remise d'un rapport au Parlement pour évaluer les besoins de la population en soins psychiatriques et chiffrer le financement nécessaire pour y répondre.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Chapitre III

Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins

Article 26

Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale

Amendement AS1649 de Mme Stéphanie Rist.

Plusieurs commissaires. Nous n'avons pas le texte de l'amendement !

Mme la rapporteure générale. Je vous le lis : « Compléter l'alinéa 5 par deux phrases ainsi rédigées : “La commission prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.” »

Il est nécessaire d'avoir une meilleure visibilité des charges supportées par les exploitants d'imagerie médicale, de manière à ajuster à la réalité les forfaits techniques remboursés par l'assurance maladie. Toutefois, la rédaction actuelle de l'article 26 prévoit que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) peut décider d'étudier ces charges sans concertation avec les partenaires conventionnels, selon une méthodologie qu'il aura lui-même définie. Ce mode de fonctionnement unilatéral me semble inutilement dommageable.

Pourquoi se priver de la connaissance que les radiologues ont eux-mêmes de leur secteur pour constituer un échantillon représentatif ? Autant les associer à cette démarche, qui n'en sera que mieux acceptée et plus objective. Et si cette démarche partenariale ne pouvait aboutir, le directeur de l'Uncam, en vertu des dispositions de l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, aura la possibilité de décider des forfaits techniques.

Il est donc proposé que la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, qui rassemble les principaux représentants du secteur, soit consultée sur la méthodologie et le calendrier envisagés et qu'elle rende un avis sur les résultats obtenus.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il est inadmissible que nous prenions connaissance d'un amendement par sa lecture à haute voix en commission. La méthode est cavalière. Vous aviez bien d'autres occasions pour le déposer – vous pouviez le faire d'ici à la séance. Nous ne participerons pas à ce vote, quand bien même l'amendement serait excellent.

Mme la rapporteure générale. Je l'ai déposé bien avant le début de la réunion !

Mme la présidente Fadila Khattabi. En effet, l'amendement a été déposé hier soir à vingt et une heures vingt-deux. S'il n'est pas apparu sur Eliasse, c'est en raison d'un bug.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 26 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 26

Priorisation de certains travaux du Haut Conseil des nomenclatures

Amendement AS1064 de M. Frédéric Valletoux.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Madame la rapporteure générale, vous avez raison de dire que parmi les réformes fondamentales qu'il faudra mener un jour, celle du financement est essentielle. C'est pourquoi le présent amendement est particulièrement important.

Dans un système de tarification à l'activité, la cotation des actes est un élément majeur du financement. L'amendement vise à permettre au Gouvernement d'accélérer la révision des échelles tarifaires des activités et des actes. À plusieurs reprises, la Cour des comptes a noté que dans nombre de cas, les tarifs n'étaient plus en adéquation avec les coûts associés. Un premier travail mené par le Haut Conseil des nomenclatures montre qu'il y a urgence à procéder à la révision des échelles tarifaires. En effet, depuis la création de la nomenclature, en 2005, les progrès médicaux et l'évolution des techniques médicales ont bouleversé l'économie de nombreuses spécialités.

Mme la rapporteure générale. Le Haut Conseil des nomenclatures a été mis en place l'année dernière et a plus de 13 000 actes à référencer. Si je comprends l'objet de votre amendement, je ne suis pas certaine qu'il relève de la loi. Les choses se feront toutes seules.

Je m'en remets à la sagesse de la commission.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Le Haut Conseil est en effet récent, mais il a conduit ses premiers travaux avec une relative lenteur. Il s'agit d'un chantier important et urgent. Il faut impérativement accélérer le mouvement.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 26

Amendement AS1398 de Mme Laurence Cristol.

Mme Laurence Cristol (RE). Il a été observé en France un retard du développement des techniques de radiothérapie innovantes, notamment parce que le mode de rémunération n'est pas favorable. En effet, le financement de la radiothérapie repose sur une double tarification qui engendre des distorsions tarifaires et une mauvaise allocation des ressources.

Ce constat de l'inadaptation du système n'est pas nouveau et est partagé tant par les pouvoirs publics que par l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les professionnels de radiothérapie et les fédérations hospitalières.

Si une expérimentation d'une durée de quatre ans a été lancée, permettant de confirmer l'évolution vers un modèle de financement forfaitaire, la concrétisation de la réforme est toujours attendue. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, avait affirmé qu'elle aboutirait prochainement. En dépit de ce consensus, la réforme est constamment reportée, ce qui entraîne le maintien d'une tarification peu adaptée et néfaste à l'innovation en santé.

Le rapport que je demande permettrait de dresser un constat précis de la situation, de l'impact économique attendu de la réforme et de ses potentiels bienfaits pour les patients.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Le Gouvernement s'est engagé à mettre en place la forfaitisation des tarifs de la radiothérapie, et il est nécessaire d'avancer. Le temps n'est plus aux rapports. Il faut que nous ayons le débat en séance.

M. Thomas Mesnier (HOR). La réforme du financement de la radiothérapie est absolument essentielle si l'on veut développer l'accès aux thérapies innovantes. La France accuse un réel retard en la matière. L'Assemblée avait adopté il y a quelques années un nouveau mode de financement qui est resté dans les limbes du ministère. Il faut impérativement que nous débattions avec le Gouvernement en séance pour qu'un coup d'accélérateur soit donné – j'avais d'ailleurs prévu de déposer un amendement en ce sens.

L'amendement est retiré.

Article 27

Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement AS1151 de Mme Katiana Levavasseur.*

Amendement AS1536 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier (HOR). L'article 27 fait suite à certains débats et est une réponse aux profits réalisés durant la crise sanitaire. L'amendement que je propose vise, lui aussi, des économies pour les finances publiques, tout en étant vigilant à ce que le dispositif ne fragilise pas le tissu des laboratoires indépendants – car c'est la crainte qu'on peut avoir. Il s'agirait de prévoir une baisse de 1 centime des tarifs de la lettre clef B à compter du 1^{er} février 2023, dans l'attente qu'une discussion s'engage entre l'assurance maladie et les biologistes médicaux sur une réforme structurelle du financement de la biologie médicale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

J'entends votre crainte, et je présenterai ultérieurement un amendement qui, je l'espère, sera de nature à vous rassurer.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle **rejette** l'amendement AS1135 de Mme Katiana Levavasseur.*

Amendement AS1648 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit de l'amendement que j'évoquais à l'instant.

La baisse des tarifs des actes de biologie médicale, à hauteur d'au moins 250 millions d'euros en 2023, ne doit pas se traduire par la diminution du nombre d'implantations des laboratoires de biologie médicale. L'accès aux examens de biologie médicale est un élément clef pour la prise en charge de premier recours. Il importe d'inscrire dans la loi l'obligation de maintenir les implantations des laboratoires, afin que ce paramètre soit pris en considération lors de la négociation du protocole pluriannuel avec la profession.

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

*Puis elle **adopte** l'article 27 ainsi **modifié**.*

Article 28

Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire

Amendement AS1042 de M. Jean-François Rousset.

M. Jean-François Rousset (RE). Nous sommes tous d'accord pour dire que la téléconsultation est un formidable outil à développer, notamment dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante. Dans le même temps, il paraît indispensable que les sociétés de téléconsultation garantissent qualité et sécurité des soins aux Français.

L'article introduit un référentiel de bonnes pratiques professionnelles établi par la Haute Autorité de santé (HAS) à l'intention des sociétés de téléconsultation. Toutefois, il ne prévoit aucun dispositif permettant de s'assurer que celles-ci appliqueront effectivement ce référentiel. Mon amendement vise donc à créer une procédure de certification à cette fin sous l'égide de la HAS.

Mme la rapporteure générale. Je vous propose de le retirer au profit de ceux de Thomas Mesnier sur le même sujet, qui vont venir en discussion dans quelques instants.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS884 de Mme Sandrine Rousseau, AS908 de M. Pierre Dharréville et AS1523 de Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS884 vise à ce que les sociétés privées de téléconsultation n'aient pas d'autre objet social que de proposer une offre médicale de téléconsultation.

Le recours à des sociétés privées pour proposer un service de téléconsultation marque une défaillance du service public dans sa capacité à assurer les besoins essentiels de nos concitoyens en matière d'accès aux soins. Toutefois, à défaut d'un service public efficace de téléconsultation, nous soutenons le déploiement de ces sociétés. Nous n'en devons pas moins rester très vigilants quant aux activités privées lucratives qu'elles exercent, afin de prévenir tout conflit d'intérêts et de mieux contrôler ces activités.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le sujet, très nouveau, pose d'énormes problèmes. Qu'en est-il de la qualité des entreprises, de son évaluation ? Que se passe-t-il si, en lien avec une technologie américaine, elles viennent imposer une extraterritorialité et donnent ainsi accès à des données de santé, qui sont par définition vitales ?

La certification est fondamentale, car il y a dans ces sociétés un gros problème de protection des données. Tel est le sens de l'amendement AS1523.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Afin d'encadrer plus strictement les sociétés de téléconsultation, il convient de restreindre l'agrément aux sociétés dont l'objet est l'offre médicale de téléconsultation et elle seule. Cela empêchera des conflits d'intérêts. Je songe, par exemple, à la société Doctolib.

Mme la rapporteure générale. Elle n'est pas concernée ici. L'article parle des sociétés qui salarient des médecins, comme Qare, Livi ou Medadom, et non de celles qui, comme Doctolib, gèrent les rendez-vous de médecins libéraux.

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) s'applique aux sociétés visées et l'article 28 lui-même prévoit des garde-fous, par exemple en les empêchant d'être sous le contrôle d'une firme pharmaceutique.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Au-delà du cas de la société dont on a cité le nom et à laquelle je n'ai pas besoin de faire de publicité, des plateformes du même type pourraient décider de salarier elles-mêmes des médecins pour créer en leur sein une entité de téléconsultation. Il faut l'empêcher.

En outre, dans le contexte de désertification médicale, le risque existe que les médecins puissent être absorbés par cette activité. Il faudrait discuter du droit pour un médecin d'exercer à la fois dans son cabinet et dans une société de ce genre.

Mme la rapporteure générale. En 2020, les médecins salariés par les plateformes représentent 268 équivalents temps plein médicaux, soit 0,3 % de l'activité des généralistes. Toutefois, dans l'hypothèse où cela pourrait évoluer, il faut absolument un cadre juridique et des garde-fous. C'est précisément l'objet de l'article.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1030 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Afin d'encadrer plus strictement l'activité des sociétés de téléconsultation, mon amendement exclut qu'elles puissent être sous le contrôle d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de dispositifs permettant la réalisation des actes de téléconsultation.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable : l'amendement rend la téléconsultation impossible puisqu'il écarte les fournisseurs de dispositifs médicaux permettant la téléconsultation.

M. Arthur Delaporte (SOC). Nous soutenons l'amendement. Il faut impérativement de la régulation pour éviter les conflits d'intérêts. Ce n'est pas parce que l'on a une activité de téléconsultation que l'on fournit les dispositifs permettant de réaliser les actes. Dans cette hypothèse, il n'y aura pas de conflit d'intérêts entre l'opérateur et le fournisseur ou le fabricant du service ou de la plateforme. Ainsi, l'amendement permet d'éviter les situations d'enrichissement ou de monopole, de

contrôle de l'ensemble de la chaîne, donc les abus de pouvoir sur ce marché faiblement concurrentiel.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). En distinguant la fourniture des dispositifs de l'activité de téléconsultation elle-même, il s'agit en effet d'empêcher que les fournisseurs de dispositifs numériques ou physiques – des cabines, par exemple – soient organisateurs de téléconsultations.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS846 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de laisser aux entreprises un délai de mise en conformité après l'entrée en vigueur de l'article.

Mme la rapporteure générale. Je vous propose de retirer votre amendement au profit des amendements à venir de Thomas Mesnier sur le même sujet.

L'amendement est retiré.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous apprenons par voie de presse que demain, les commissaires des affaires sociales appartenant à la majorité seront reçus à l'Élysée par Emmanuel Macron pour parler du PLFSS et éventuellement des retraites. Je croyais qu'on recherchait le compromis, qu'on travaillait ensemble...

Mme la présidente Fadila Khattabi. Quelle est la question, madame Fiat ?

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Pendant que nous examinons le PLFSS en commission des affaires sociales, nous apprenons que vous allez avoir une discussion sur les retraites dans le PLFSS. Pouvez-vous nous confirmer ce que nous venons d'apprendre ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. D'abord, c'est hors sujet par rapport à l'article en discussion. Ensuite, je ne commenterai pas la presse ici. Je n'en dirai pas plus.

Nous poursuivons nos travaux.

Amendement AS67 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il s'agit de garantir que les sociétés de téléconsultation agréées respectent le RGPD, qui est la base juridique la plus solide pour le patient.

La plateforme Doctolib, qui exerce un monopole de fait, a suscité l'inquiétude parmi ses utilisateurs : depuis le 31 août 2022, l'entreprise peut collecter des données personnelles concernant leur âge, leur sexe, leur profession, mais également la durée des téléconsultations ou leur motif. Ce changement est intervenu

alors même que la plateforme disposait de sous-traitants étrangers, notamment aux États-Unis. Par ailleurs, des questions subsistent touchant le chiffrage des données, inégal en fonction du moment du parcours de l'utilisateur ; cela concerne en particulier la prise de rendez-vous.

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait.

Comme je l'ai dit, le RGPD s'applique à ces sociétés.

M. Arthur Delaporte (SOC). Je retire l'amendement, mais il existe des craintes légitimes quant à l'application réelle du RGPD : il faudrait de véritables contrôles et des engagements plus fermes des entreprises.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1131 de M. Thomas Mesnier.

M. Thomas Mesnier (HOR). Aux termes de l'article 28, les sociétés de téléconsultation doivent obtenir un agrément du ministre qui garantit la conformité de leurs outils et services numériques aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables. Or l'article que le texte modifie à cette fin, issu de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, n'offre pas des outils suffisants au regard des enjeux de régulation des outils et services de téléconsultation et, plus largement, des services numériques en santé, notamment compte tenu de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Nous proposons donc que soient pris en considération l'ensemble des référentiels, notamment ceux relatifs à l'éthique.

Mme la rapporteure générale. J'y suis favorable, comme je le serai aux amendements AS1622 et AS1621, qui vont de pair avec le présent amendement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS844 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Nous devons susciter la confiance dans notre système de télé médecine. À cette fin, je propose que la société de téléconsultation se soumette à un processus de certification, qui nécessitera le respect du référentiel hébergeur de données de santé et des règles attachées à la norme ISO 27001. Vous me direz sans doute que c'est déjà précisé ailleurs, mais, dans un article sur le sujet, cela va mieux en le disant.

Mme la rapporteure générale. Ce que permet l'amendement de Thomas Mesnier – il pourra l'expliquer en termes plus techniques – ne s'appelle pas certification, mais revient à faire la même chose en mieux.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS845 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il vise à préciser que les structures constituées sous la forme d'organisations coordonnées territoriales permettent le retour des patients dans un parcours de soins coordonné et l'attribution d'un médecin traitant. C'est la condition d'une réponse coordonnée autour du patient et d'un suivi de qualité dans la durée.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS1538 de Mme Sandrine Dogor-Such.

Mme Joëlle Mélin (RN). Compte tenu de notre appréhension quant au respect du RGPD et du problème d'extraterritorialité que j'ai précédemment soulevé, il s'agit de préciser que les données personnelles des patients et les données de santé générées par l'activité des sociétés de téléconsultation sont stockées dans un cloud souverain hébergé en France.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS1045 de M. Jean-François Rousset.

M. Jean-François Rousset (RE). L'article crée un comité médical au sein de chaque société de téléconsultation. L'amendement vise à en préciser le rôle en lui ajoutant une mission de formation médicale continue à l'intention des médecins salariés des sociétés de téléconsultation. Il est en effet indispensable de garantir la qualité et la sécurité des soins qu'elles proposent.

Mme la rapporteure générale. Avis très favorable.

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

Amendements AS1622 et AS1621 de M. Thomas Mesnier (présentation commune).

M. Thomas Mesnier (HOR). Il est nécessaire d'améliorer la conformité des outils et services numériques des sociétés de téléconsultation en modifiant l'article déjà cité de la loi de 2019. Par ailleurs, le PLFSS 2022 a introduit un modèle de prise en charge de la télésurveillance par l'assurance maladie qui repose sur le recours obligatoire à des dispositifs médicaux de télésurveillance et subordonne leur prise en charge à leur conformité aux référentiels.

L'amendement AS1622 tend à renforcer les mécanismes de vérification de conformité et à subordonner au respect des référentiels la prise en charge par

l'assurance maladie de tout outil numérique, sous peine de sanctions financières dont le produit financera l'exercice par l'Agence du numérique en santé des missions de régulation des outils numériques.

L'amendement AS1621 décale l'entrée en vigueur de ces sanctions au 31 décembre 2024 au plus tard.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **adopte successivement les amendements.***

*Puis elle **adopte l'article 28 modifié.***

Article additionnel après l'article 28

Réalisation et accompagnement des actes de téléconsultation par un professionnel de santé

Amendements identiques AS555 de Mme Josiane Corneloup et AS902 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Josiane Corneloup (LR). Les actes de téléconsultation, dont le développement ne peut que nous réjouir, doivent être réalisés et accompagnés par un professionnel de santé, pour mieux encadrer cette pratique, éviter les abus et répondre aux attentes des patients.

Mme Isabelle Valentin (LR). Les téléconsultations sont l'un des moyens d'améliorer l'accès aux soins, mais elles doivent être encadrées pour éviter les abus et répondre aux attentes et au besoin de confiance des patients.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). Quels arguments justifient de refuser qu'un professionnel de santé, souvent paramédical, accompagne les personnes âgées lors des téléconsultations ?

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Je ne comprends pas l'avis de la rapporteure générale. Lorsque je m'étais opposée à la télémédecine, Mme Buzyn, alors ministre de la santé, m'avait démontré par a + b qu'il y aurait toujours un professionnel de santé de chaque côté de l'écran et s'y était engagée.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Le développement de la téléconsultation s'annonce, mû par des intérêts financiers. Cette pratique est en train de prendre une grande place dans la marchandisation de la santé. Quand on installe des cabines dans un supermarché pour y vendre de la téléconsultation, cela pose un problème pour la santé comme pour les comptes de la sécurité sociale. Il faut donc réfléchir à tout ce qui concourt à encadrer cette activité et à la protéger de pratiques mercantiles.

Mme Josiane Corneloup (LR). Cet été, au comptoir de ma pharmacie, j'ai reçu un patient qui souhaitait bénéficier d'une téléconsultation pour un mal de gorge. Un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) a montré qu'il s'agissait d'une angine virale, si bien que la téléconsultation n'était pas utile. Sans intermédiaire, cette personne aurait eu recours à une téléconsultation alors qu'elle n'en avait pas vraiment besoin. D'où l'intérêt de contrôler l'accès à la téléconsultation.

Mme Joëlle Mélin (RN). La pratique de la téléconsultation débute ; elle permet d'alléger la charge des médecins, de pallier les déserts médicaux. Mais, d'ici quelques années, on y introduira toutes sortes de techniques d'intelligence artificielle et leur usage ne sera absolument plus le même. Pensons-y dès aujourd'hui et prévoyons un maximum de garde-fous.

Mme la rapporteure générale. Je comprends ce qui est dit, mais je maintiens mon avis défavorable, pour deux raisons.

Premièrement, la rigidification qu'entraînent les amendements et qui pourrait avoir des effets de bord. Deuxièmement, la téléconsultation peut être correctement menée, même sans accompagnement au démarrage. La présence d'un professionnel est certes préférable – pas nécessairement un professionnel de santé, d'ailleurs : ma circonscription compte des télécabines dans des maisons France Services et dans des collectivités, mais aussi des valises de téléconsultation dans les pharmacies –, mais quand une personne jeune entre dans une cabine pour poser une question simple, je ne crois pas qu'il y ait un risque à ce qu'elle ne soit pas accompagnée par un professionnel de santé.

M. Philippe Vigier (Dem). Je soutiens les amendements. Je ne vois pas quels pourraient être leurs effets de bord. En revanche, j'ai été témoin de dérives dans deux cabines de télé-médecine de mon département. Les personnes âgées doivent y être accompagnées. Dans une pharmacie, il y a toujours des professionnels de santé, mais j'ai vu dans une maison France Services une personne de 85 ans dont l'hôtesse n'avait pas le temps de s'occuper et qui a dû attendre trois quarts d'heure sur une chaise. Si l'on veut un processus de qualité, il ne faut pas permettre cela. D'ailleurs, en Ehpad, il y a toujours quelqu'un pour aider les patients à se servir des cabines de télé-médecine.

Mme la rapporteure générale. Les amendements ne concernent pas seulement les personnes âgées, ils s'appliquent à tout le monde.

M. Yannick Neuder (LR). J'ai du mal à comprendre le point de vue de la rapporteure générale. Gabriel Attal a souhaité supprimer la possibilité de délivrer des arrêts de travail par téléconsultation pour lutter contre la fraude. L'encadrement de la téléconsultation et la présence d'un professionnel de santé au côté du patient pourraient justement avoir un effet dissuasif dans ce domaine : on hésitera davantage à demander de multiples arrêts de travail à un médecin toujours différent si on sait qu'on sera vu chaque fois par le professionnel de santé affecté à la cabine.

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). Ces cabines disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre sans aucune présence humaine sont déstabilisantes pour les patients. À l'heure où l'on parle de la nécessité d'un accueil physique un peu partout dans les services publics, les « tapez 1 », « mettez le stéthoscope sur votre thorax à droite, à gauche » ou « tapez 2 », « regardez le fond de vos yeux » ne me paraissent pas relever d'une médecine adaptée à notre temps, quel que soit l'âge du patient. Veut-on que les cabines se multiplient dans des centres comme en Italie ? Sans compter le risque d'erreurs de diagnostic.

Mme Isabelle Valentin (LR). La téléconsultation est censée permettre l'accès aux soins. Or celui-ci doit être équitable : on ne peut pas accepter une médecine à deux vitesses. Certains auraient le droit d'aller chez le médecin quand d'autres seraient obligés de faire appel à la téléconsultation ? Pour l'équité entre patients d'un territoire à l'autre, la téléconsultation doit être encadrée, sinon il y aura des dérives. Elle doit donc avoir lieu dans les maisons de santé ou les officines et être encadrée par un médecin.

M. Arthur Delaporte (SOC). La médecine ne peut s'exercer de manière totalement dématérialisée. Même quand on y introduit une forme de dématérialisation, un encadrement, un accompagnement et un minimum d'humanité sont nécessaires. On ne peut pas se contenter de placer les patients face à un robot, au risque d'erreurs de diagnostic très pénalisantes.

La commission adopte les amendements.

Après l'article 28

Amendements identiques AS564 de Mme Josiane Corneloup et AS911 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin (LR). Il s'agit d'étendre aux téléconsultations le principe de participation forfaitaire des assurés. Les téléconsultations seraient inscrites dans le régime de droit commun de la sécurité sociale et soumises aux mêmes contraintes de remboursement que les consultations en cabinet, au nom du respect des parcours de soins et pour éviter toute dérive des dépenses publiques.

Mme la rapporteure générale. Si je comprends bien l'amendement, il est satisfait depuis le 1^{er} octobre dernier.

Les amendements sont retirés.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette les amendements identiques AS546 de Mme Josiane Corneloup et AS892 de Mme Isabelle Valentin.

Chapitre IV
Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 29

Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé

Amendements de suppression AS1627 de Mme Stéphanie Rist et AS440 de M. Thibault Bazin.

Mme la rapporteure générale. Il convient de supprimer ici la disposition que nous avons transférée à l'article 9.

M. Thibault Bazin (LR). Mon amendement, lui, était motivé par les questions que soulève l'article. J'ai bien compris qu'il y aurait un amendement gouvernemental sur le sujet ; nous l'attendons. Je me réjouis que l'amendement aboutisse, même si ce n'est pas pour les raisons pour lesquelles je l'avais déposé !

M. Philippe Vigier (Dem). Quand pourrions-nous disposer de cet amendement du Gouvernement, pour savoir si nous redéposons les nôtres en vue de la séance ?

La commission adopte les amendements.

*En conséquence, l'article 29 est **supprimé** et les amendements AS1276 de M. Philippe Vigier, AS824 de M. Thibault Bazin, AS794 de M. Thomas Mesnier, AS357 de M. Philippe Juvin, AS1183 de M. Paul Christophe, AS1583 de M. Frédéric Mathieu, AS441 de M. Thibault Bazin, AS263 de M. Jérôme Guedj, AS443 de M. Thibault Bazin et AS1578 de M. Hadrien Clouet **tombent**.*

M. Philippe Vigier (Dem). Pourrais-je avoir une réponse de la rapporteure générale ?

Mme la rapporteure générale. Chacun son rôle. J'ai fait passer le message ; il a été entendu.

Après l'article 29

Amendement AS1401 de Mme Sandrine Rousseau.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement vise à renforcer la transparence de l'ensemble des informations transmises par l'entreprise pharmaceutique au Comité économique des produits de santé (CEPS), organisme interministériel chargé de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. À cette fin, nous proposons que soient intégrés à la liste des critères de fixation des prix

des médicaments les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées aux produits de santé, ainsi que les crédits d'impôt attribués par l'État.

Mme la rapporteure générale. Cet amendement, déposé tous les ans lors du PLFSS, est en grande partie satisfait.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 30

Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficience de leur prise en charge

Amendement de suppression AS1197 de Mme Katiana Levavasseur.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il s'agit de maintenir notre indépendance industrielle.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS225 de M. Thibault Bazin, AS169 de M. Jérôme Guedj, AS210 de M. Yannick Neuder, AS616 de Mme Josiane Corneloup et AS963 de Mme Isabelle Valentin.

M. Thibault Bazin (LR). L'enveloppe dédiée aux médicaments et dispositifs médicaux innovants augmente plus vite que l'Ondam hospitalier. Il s'agit d'éviter un financement de l'innovation pharmaceutique par les établissements de santé, en particulier les hôpitaux publics.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit d'intégrer les remises sur chiffre d'affaires dans la construction de l'Ondam hospitalier. Beaucoup d'hôpitaux publics nous ont alertés sur le fait que la hausse de l'enveloppe dédiée aux médicaments innovants les obligeait à prélever dans des enveloppes consacrées à des soins plus courants. Le changement de la modalité de calcul permettrait de préserver l'étanchéité des enveloppes.

M. Yannick Neuder (LR). La valorisation et l'évaluation des essais cliniques sont souvent sous-évaluées dans les hôpitaux. C'est un peu la double peine : l'hôpital participe à l'évaluation des nouvelles molécules, mais n'en perçoit pas directement les bénéfices. C'est le problème plus général des lignes budgétaires destinées à la recherche, qui comblent les déficits des hôpitaux plus qu'elles ne permettent de franchir une nouvelle étape dans l'innovation.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Je comprends le souhait que la remise faite à l'hôpital revienne directement à l'établissement, mais les remises reviennent en recettes à l'assurance maladie. Il n'est techniquement et juridiquement pas envisageable de flécher les remises issues des médicaments achetés par les hôpitaux vers ces derniers. Ce serait contraire au principe budgétaire de non-affectation des ressources.

Monsieur Neuder, il existe des possibilités de fléchage financier vers la recherche dans le cadre des missions d'intérêt général et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS475 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Santé publique France approvisionne les établissements essentiellement en flux poussé et non en fonction des besoins des établissements, qui n'ont donc pas de maîtrise des approvisionnements – on l'a vu avec la crise sanitaire. Cela engendre des stocks parfois importants de médicaments, d'équipements de protection individuelle et de dispositifs médicaux qui peuvent n'avoir aucune utilité.

Je propose de supprimer les alinéas 4 et 5 de l'article 30, qui auraient pour effet de transférer à l'établissement la charge de démontrer l'usage qu'il a fait des produits de santé, en interne mais également dans son territoire, pour définir un niveau de facturation, alors qu'il n'avait pas été concerté ni à l'origine de la dotation ou de son calcul. Ces dispositions sont inopportunes, car on ne saurait être pénalisé si on n'a pas été décisionnaire.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1310 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe (HOR). Il vise à améliorer la tarification des médicaments de thérapie innovante (MTI) tout en conservant les dispositions d'étalement de paiement, de gestion de l'incertitude et de préservation de la trésorerie des établissements prévues dans le projet de loi.

Il s'agit, dans un souci de lisibilité, de rapprocher la mécanique de tarification des MTI de celle des autres médicaments. En apportant une vision plus fidèle de la valeur des MTI, cet amendement préservera, en outre, l'attractivité de la France et un accès rapide des patients de notre pays aux thérapies innovantes.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Des discussions portant sur une modification d'une grande partie de ces articles sont en cours. Le Gouvernement m'a confirmé que nous aurions connaissance des amendements dès que possible.

M. Paul Christophe (HOR). Je vous remercie pour cette précision, mais vous conviendrez que nous ne sommes pas spécialement associés à ces réflexions. Il nous paraît important de rappeler, par cet amendement, que nous sommes très attentifs à l'accès des patients aux médicaments et aux thérapies innovantes.

M. Thibault Bazin (LR). Il reste des efforts à faire sur le plan de la méthode, et l'élaboration de ce texte échappe pour partie à la représentation nationale. Vu les enjeux de santé et les difficultés que l'on constate dans nos territoires, il serait important que le Gouvernement – je ne vous jette pas la pierre, madame la rapporteure générale – apprenne à nous associer davantage à ses choix, à ses réformes, afin qu'elles soient davantage coconstruites.

M. Philippe Vigier (Dem). Je voudrais simplement souligner que ce sujet et le précédent pour lesquels nous attendons un amendement gouvernemental ne sont pas identiques.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS444 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose d'introduire davantage de concertation dans l'application de ces mesures du PLFSS, notamment en procédant par voie conventionnelle et en travaillant avec le CEPS.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS445 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de réintroduire la négociation au cœur des réformes budgétaires.

Mme la rapporteure générale. Je vous demande de retirer l'amendement ; sans quoi, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1017 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose, par cet amendement, de veiller à l'adaptation du modèle de financement aux particularités des pathologies visées à l'alinéa 9.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS446 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de faire en sorte que l'étalement de paiement des thérapies innovantes se fasse dans le cadre d'une concertation.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1016 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). On entend beaucoup parler ces derniers jours, du côté du Gouvernement, de dialogue. Pour y faire écho, mon amendement renvoie au dialogue conventionnel entre les entreprises et le CEPS.

Mme la rapporteure générale. Il y a effectivement une écoute, et des modifications vont suivre.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS448 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). J'ai déposé cet amendement dans le même esprit que les précédents.

Mme la rapporteure générale. Dans le même esprit également, avis défavorable !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS447 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). En cohérence avec mes autres amendements, je demande la suppression de l'alinéa 13.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1638 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'objectif est d'aménager la prévision de cessation de paiement afin de pouvoir prendre en compte la diversité des situations en lien avec l'administration de MTI, en particulier les thérapies géniques dont les coûts de fabrication sont particulièrement élevés.

Mme la rapporteure générale. Le projet de loi introduit ce qu'on peut appeler le principe du paiement à la performance, qui consiste à prévoir pour les médicaments innovants, souvent très chers, un tarif de base, par la suite adapté en fonction de l'efficacité du traitement. C'est un objectif partagé par le Gouvernement

et les industriels. Néanmoins, comme la rédaction ne paraît pas suffisamment précise à ces derniers, des discussions sont en cours.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). L'idée que les discussions obscures de couloir, auxquelles nous ne sommes pas invités, pourraient prendre en compte mes amendements me réjouit.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS826 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). C'est un amendement rédactionnel qui supprime notamment une virgule...

Mme la rapporteure générale. Sagesse.

Il ne s'agit pas seulement d'un amendement rédactionnel...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1018 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose, une fois encore, de renvoyer à un dialogue conventionnel.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS750 de M. Paul Christophe et AS827 de M. Thibault Bazin.

M. Paul Christophe (HOR). Les médicaments de thérapie innovante correspondent à des situations médicales et à des modes de prise en charge spécifiques. C'est pourquoi mon amendement vise à favoriser un suivi des patients et un recueil de données de meilleure qualité, en lien avec la convention qui serait établie entre le laboratoire et le CEPS.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS141 de M. Thibault Bazin, AS338 de M. Philippe Juvin, AS1074 de Mme Danielle Brulebois, AS1279 de M. Philippe Vigier et AS1469 de Mme Sandrine Dogor-Such.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de supprimer la procédure de référencement par laquelle sont sélectionnés les médicaments remboursés au sein d'une liste de médicaments ayant une même visée thérapeutique. Cette mesure

pourrait notamment conduire à la destruction du maillage des pharmacies d'officine, auquel nous sommes tous attachés, et à l'élimination de laboratoires qui cherchent à produire localement. Je ne suis pas certain que cette procédure, en l'état, soit cohérente avec d'autres objectifs que la plupart des forces politiques du pays partagent.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement AS338 est défendu.

M. Philippe Vigier (Dem). On passera un appel d'offres pour sélectionner un laboratoire qui fournira un générique. Or si le volume produit par ce laboratoire est insuffisant, il y aura une rupture de stocks. Comment fera-t-on ?

Par ailleurs, 85 % des génériques viennent de l'autre côté du monde. À un moment où il est question d'empreinte environnementale, il faudrait peut-être s'interroger sur ce point.

L'assurance maladie fera des économies d'échelle mais ce sera au détriment de la remise sur laquelle comptent les pharmaciens, eux à qui on demande d'en faire toujours plus. Et je ne parle même pas du fait que les patients recevant un générique auront un autre médicament, ce qui peut conduire à des erreurs.

Mme Danielle Brulebois (RE). Philippe Vigier a très bien développé les arguments en faveur de cet amendement. J'ai été alertée par la présidente de l'ordre des pharmaciens dans le Jura. Nos pharmacies sont utiles dans les territoires. Elles ont été au front pendant toute la crise, elles ont tenu bon et rendu service à nos concitoyens. Elles méritent d'être écoutées. Elles estiment que l'appel d'offres prévu est dangereux, car il pourrait remettre en cause l'acceptabilité des génériques, qui a été difficile à obtenir, et qu'il existe en outre un risque de qualité pour les médicaments importés. Tout cela créerait une instabilité dans la prise en charge.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'amendement AS1469 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Il n'a jamais été question d'un monopole sur les référencements, mais je précise, là aussi, que des discussions sont en cours sur la rédaction de ces dispositions. Une des pistes serait d'instaurer une expérimentation. Le ministre délégué Roland Lescure s'est exprimé publiquement à ce sujet.

Mme Josiane Corneloup (LR). Il faut vraiment réfléchir avant de mettre en œuvre une telle disposition. On a vu l'importance des officines durant la crise du covid et l'importance de leur maillage territorial lorsqu'il n'y a pas de médecin dans le territoire, le pharmacien devenant l'acteur de premier recours. Les dispositions du projet de loi vont créer de l'instabilité, un risque de rupture de stock et des pertes estimées à environ 50 000 euros par officine, ce qui est de nature à fragiliser un grand nombre de celles qui ont un petit chiffre d'affaires, notamment dans les territoires ruraux.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je vais dans le même sens que Philippe Vigier. En attendant des éléments nouveaux sur ces alinéas, il me paraît important,

sinon de les supprimer dans leur ensemble, du moins d'envoyer le signal que nous sommes très attentifs à cette question et qu'il faudra absolument en débattre avec le Gouvernement en séance.

M. Thibault Bazin (LR). Vous n'y êtes pour rien, madame la rapporteure générale, mais si nous ne sommes pas associés très rapidement – le délai de dépôt des amendements en vue de la séance est fixé à lundi – et de manière très étroite aux discussions sur la réécriture du dispositif, nous n'aurons aucune idée de son impact. Il est de notre responsabilité, en tant que commission des affaires sociales, sur un sujet aussi fort, de supprimer le dispositif actuel compte tenu des alertes reçues. Si nous avons des assurances d'ici à la séance, nous pourrions le réécrire. Il paraît même qu'il y aurait un PLFSS rectificatif en début d'année prochaine, ce qui permettrait de traiter alors d'un certain nombre de questions.

M. Philippe Vigier (Dem). J'ajoute que l'appel d'offres sera soumis au régime européen. C'est la mort annoncée du système actuel. Comme l'a dit Thomas Mesnier, il serait bon de dire au Gouvernement qu'on ne peut pas en rester là et de savoir avant la séance comment le Gouvernement perçoit les messages que nous essayons, dans tous les groupes, de lui faire passer. Si rien ne bouge, nous n'aurons plus que nos yeux pour pleurer. Il y a déjà eu des ruptures – concernant 2 200 spécialités.

Mme la rapporteure générale. J'entends la difficulté de ce débat. Nous devrions disposer des amendements du Gouvernement dans la journée.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS340 de M. Philippe Juvin.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS449 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose de supprimer plusieurs alinéas de ce dispositif, car il est en totale contradiction avec les engagements pris par le Président de la République lors du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu en 2021. On ne peut pas chercher à assurer la sécurité des approvisionnements et la souveraineté sanitaire tout en s'engageant dans une telle procédure : on risque de pénaliser toute la chaîne du médicament. Il faut mener des politiques publiques cohérentes, donnant de la visibilité et de la stabilité à tous les acteurs. Même vous, madame la rapporteure générale, vous ne connaissez pas l'impact de cette mesure.

Mme la rapporteure générale. Comme vous, j'ai entendu les inquiétudes et je suis rassurée qu'il y ait des concertations visant à modifier le dispositif. Mon avis reste donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS289 de M. Thibault Bazin et AS342 de M. Philippe Juvin.

M. Thibault Bazin (LR). On nous avait dit, il y a un mois et demi, qu'on utiliserait tout le mois de septembre pour faire une concertation sur le PLFSS. En réalité, on nous a servi un discours de la méthode, et les rencontres avec les différents groupes n'ont pas porté sur le fond car nos interlocuteurs n'avaient pas connaissance des arbitrages, qui ont eu lieu très tardivement.

Nous proposons de rétablir une forme de concertation, par l'intermédiaire d'un avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). On disposerait ainsi d'une expertise extérieure.

Mme Justine Gruet (LR). En défendant l'amendement AS342, je voudrais simplement ajouter que je regrette qu'on ne parvienne pas à travailler ensemble sur de tels sujets.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS632 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup (LR). Les émissions de gaz à effet de serre sont un problème majeur qui nous concerne tous. Les émissions du secteur du médicament comptent pour environ un tiers du total du secteur de la santé. La crise écologique et le changement climatique rendent urgente la prise en compte du risque environnemental des médicaments : il est nécessaire de tirer vers le haut les exigences en matière de respect des objectifs de développement durable. Cet amendement prévoit donc que les médicaments ne tenant pas compte des objectifs de développement durable, en matière économique, sociale et environnementale, sont radiés de la liste des médicaments remboursés dès lors qu'il existe des solutions thérapeutiques alternatives aussi efficaces ou des génériques mieux positionnés, sans nuire à l'accès des patients aux traitements.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Josiane Corneloup (LR). Mais pourquoi ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS344 de M. Philippe Juvin.

Mme Justine Gruet (LR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS741 de Mme Françoise Buffet.

Mme Françoise Buffet (RE). Nous proposons, toujours dans le cadre de la procédure de référencement périodique de certaines classes de médicaments, d'appliquer des critères garantissant la localisation de la production. C'est un enjeu en matière de développement durable et de souveraineté pharmaceutique, la crise de la covid ayant mis en lumière la fragilité de nos approvisionnements, mais aussi de transition écologique, car nous devons limiter l'impact environnemental des différents modes de production et de déplacement, conformément à la loi du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Françoise Buffet (RE). Je ne comprends pas votre position. Nous avons voté exactement les mêmes dispositions concernant d'autres sujets, comme la restauration scolaire. Pourquoi ne pas faire de même pour le médicament ? Les enjeux en matière d'approvisionnement en médicaments et de souveraineté pharmaceutique sont importants.

Mme la rapporteure générale. Si mes avis sont toujours défavorables, c'est parce que cet article va être réécrit. Il ne sert à rien d'adopter des amendements. Ce n'est pas sur le fond que je me prononce.

L'amendement est retiré.

Amendement AS288 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Comme tout sera réécrit et que le Gouvernement pourrait recourir à l'article 49, alinéa 3, de la Constitution pour faire adopter ce texte, dans une version qui ne sera pas nécessairement celle du projet de loi initial, ni celle que nous adopterons en commission, faites donc semblant de faire de la concertation en acceptant des amendements et ayons au moins un débat sur chaque point important !

Cet amendement intègre la distribution dans le raisonnement. La chaîne du médicament a en effet besoin de circuits logistiques adaptés, on l'a bien vu avec la crise sanitaire, et on est parfois approvisionné depuis l'étranger, selon l'endroit où on habite – on peut être plus proche d'un laboratoire italien, suisse ou belge. Il faut prendre en compte cette réalité.

Mme la rapporteure générale. Le texte qui sera examiné en séance sera celui initialement déposé par le Gouvernement, puisqu'il s'agit d'un PLFSS : les amendements adoptés en commission ne sont intégrés au texte.

J'espère qu'il ne sera pas nécessaire de recourir à l'article 49, alinéa 3, mais la balle est dans votre camp. Ce PLFSS double le budget pour les hôpitaux, prévoit une augmentation de 5 % des dépenses pour la prise en charge des personnes âgées, renforce la prévention grâce à des consultations, et ce ne sont que quelques-unes des mesures prévues.

Depuis que nous avons commencé à examiner l'article 30, je rappelle pour chaque point les objectifs visés. Je l'ai fait, par exemple, en ce qui concerne les thérapies innovantes et le paiement à la performance.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). J'abonde dans le sens de Thibault Bazin. Nous devons examiner le texte qui nous a été soumis. Vous nous dites qu'il sera réécrit, mais le mieux serait que ce soit par nous, puisque c'est nous qui le voterons au bout du compte. Si nous pouvons adopter des amendements qui améliorent le projet de loi et envoient certains signaux, c'est utile. Il ne faut pas banaliser notre discussion, en particulier si l'on veut vraiment discuter du texte avec le Gouvernement, mais aussi parce que les débats se déroulent autrement en séance, ce que je regrette d'ailleurs. Nous avons ici un véritable espace de discussion, ce dont je vous remercie, madame la présidente. Qu'il y ait des discussions parallèles, c'est autre chose, et la question est de savoir à quel moment les parallèles se rejoindront.

M. Thibault Bazin (LR). Devons-nous soutenir ce PLFSS ? Je le dis dans un esprit de responsabilité : si le texte est bon, pourquoi ne le ferait-on pas ? Seulement, nous n'avons pu faire passer que peu de messages en amont et on peut s'interroger sur la sincérité des hypothèses budgétaires. Une des hypothèses est ainsi qu'il n'y aura plus de covid l'année prochaine. Par ailleurs, des économies que nous souhaiterions ne sont pas prévues, des coups de rabet appliqués ne nous paraissent pas souhaitables, notamment pour les acteurs en première ligne, et des revalorisations attendues ne sont pas décidées. On ne fait pas grand-chose contre la bureaucratie excessive dans les hôpitaux, et, si des avancées sont prévues en matière de lutte contre les fraudes, elles ne sont pas suffisantes. De plus, vous peinez à réformer la politique familiale, par manque d'ambition, et faites l'impasse sur la branche vieillesse. Je n'ai donc pas le sentiment que vous preniez en compte certaines de nos attentes pour que nous soutenions le texte.

Des concertations se déroulent peut-être en parallèle. J'espère que vous croisez dans les couloirs des personnes qui vous feront rédiger une nouvelle copie pour un budget plus juste et plus solide, et qui permettra de répondre aux défis qui comptent pour nous. La Première ministre nous avait demandé de mettre sur la table nos attentes, je vous les dis.

Mme la rapporteure générale. Vous critiquez la sincérité des projections, mais personne n'avait prévu en 2020 la crise sanitaire. Il est vrai que des projections peuvent se révéler fausses, car ce ne sont que des projections, c'est le principe, mais cela ne veut pas dire que les chiffres ne sont pas sincères.

Vous dites que nous ne proposons pas assez d'économies, mais vos amendements reviennent sur beaucoup d'économies que nous proposons.

S'agissant de la politique familiale, nous avons débattu hier des chiffres. Les sommes que nous consacrons à cette politique, par rapport à ce qui a été fait durant

les précédents, ne permettent pas le doute, et il est en de même pour la branche vieillesse.

Je crois, monsieur Bazin, que des éléments sont réunis pour qu'il ne soit pas recouru à l'article 49, alinéa 3.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS631 de Mme Josiane Corneloup.

Mme Josiane Corneloup (LR). La rédaction actuelle peut susciter une forme d'instabilité concernant les listes de remboursement et les référentiels. Par ailleurs, la notion de variabilité de remboursement des médicaments pose la question de la continuité thérapeutique, notamment pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Les conditions prévues ne permettent pas de garantir qu'il n'y aura pas de rupture de la prise en charge de patients. Mon amendement vise à remédier à une telle instabilité.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable puisqu'il s'agit toujours du référencement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS290 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement que je propose tend à assurer la transparence de la décision publique et à donner de la prévisibilité à tous les acteurs. Les critères déterminant l'inscription sur la liste devront être publiés par arrêté ministériel lors du lancement de la procédure de référencement.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS339 de M. Philippe Juvin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS291 de M. Thibault Bazin.

Amendement AS292 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de faire en sorte que le CEPS tienne bien compte des stocks constitués et des circuits d'approvisionnement des médicaments destinés au marché national depuis le territoire français, celui d'un autre État membre

de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Il existe en la matière des réalités transfrontalières qui ne peuvent être niées.

Mme la rapporteure générale. Vous voulez supprimer la clause obligeant les entreprises à conserver leur portefeuille de médicaments matures en contrepartie du remboursement d'un nouveau produit. Le ministre délégué a annoncé sur son intention de revenir sur ce dispositif.

Par conséquent, avis défavorable : nous verrons en séance.

M. Thibault Bazin (LR). Le ministre délégué va donc revenir sur cette disposition, et peut-être donner son accord à mon amendement, est-ce bien cela ?

Mme la rapporteure générale. Les annonces du ministre délégué, Roland Lescure, il y a quelques jours, vont effectivement dans votre sens.

M. Thibault Bazin (LR). Je propose donc que l'on adopte l'amendement.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Si j'ai bien saisi la portée de l'amendement, il s'agit de revenir sur une mesure que nous avons arrachée de haute lutte en matière de constitution de stocks.

Mme la rapporteure générale. C'est une des mesures nouvelles de l'article 30.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Êtes-vous en phase avec ce qu'a dit le ministre délégué ?

Mme la rapporteure générale. Je donnerai en séance mon avis sur la nouvelle rédaction. Il y a une écoute sur cette question, mais je ne sais pas comment les discussions vont aboutir. Nous devrions bientôt disposer de l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS435 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement vise à faire en sorte que l'on respecte le principe de la primauté conventionnelle. Il faut veiller à l'articulation entre la mesure de fixation unilatérale des remises proposée par le Gouvernement et les dispositions de l'accord-cadre entre le CEPS et Les entreprises du médicament (Leem).

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Vous voulez supprimer la possibilité ouverte par l'article 30 de décider de remises unilatérales dans des situations où la négociation avec l'entreprise n'aboutirait pas. L'idée est de disposer d'un outil pour que la négociation ne traîne pas excessivement en longueur. L'entreprise a de toute façon le dernier mot : si le prix imposé par le CEPS ne lui convient pas, elle se retirera elle-même du marché.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS436 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit d'abroger l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale, devenu inutile.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS434 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Les dispositions des alinéas 37 à 40 apparaissent superfétatoires. Je propose de les supprimer.

Mme la rapporteure générale. Vous supprimez la possibilité pour le CEPS d'imposer des remises à une entreprise qui ne demanderait pas l'inscription au remboursement d'un médicament pour l'ensemble des indications de son autorisation de mise sur le marché.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS865 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Le rapport annuel du CEPS comporte des informations synthétiques sur les détails des remboursements de médicaments et sur les remises versées chaque année à l'assurance maladie. Toutefois, le détail des conventions de prix liant le CEPS aux entreprises exploitant les médicaments n'est pas connu. Cet amendement vise à permettre un contrôle renforcé du Parlement pour éviter tout abus. La transmission aux seules commissions compétentes permettra de garantir le respect du secret des affaires, prévu par les articles L. 151-1 et suivants du code de commerce.

Mme la rapporteure générale. Je suis favorable à ce qu'on améliore l'information du Parlement sur les questions relatives à l'industrie pharmaceutique, mais les données que vous demandez ne peuvent être publiques, en raison du secret commercial.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 30 non modifié.

Après l'article 30

Amendement AS354 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). Les pharmaciens peuvent substituer les biosimilaires à leur médicament de référence, mais uniquement s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté, ce qui limite considérablement la substitution. Pourtant, en 2017, la Cour des comptes avait estimé qu'il était possible de générer 680 millions d'euros d'économies. L'amendement vise à autoriser les pharmaciens à substituer librement les médicaments par leurs biosimilaires, en supprimant la référence à la fameuse liste fixée par arrêté.

Mme la rapporteure générale. Depuis quelques années, le débat sur les biosimilaires revient régulièrement. Nous avons commencé à assouplir les possibilités d'y recourir, sur la base d'une inscription sur une liste sous certaines conditions.

Il ne faut pas confondre les biosimilaires avec les génériques. Certaines formes peuvent être différentes, pour les injections par exemple, et les associations craignent que la substitution n'entraîne des désagréments pour les malades chroniques. Quand vous devez vous faire une injection toutes les semaines et que vous avez trouvé un stylo injectable qui ne vous fait pas mal, vous ne voulez pas qu'on lui substitue un autre plus douloureux. Quand un malade chronique tolère enfin un traitement, le changement peut être problématique.

Il faut que nous avançons, car c'est une source d'économies, mais en restant attentifs aux patients. Nous ne sommes pas prêts pour la généralisation.

M. Philippe Juvin (LR). Je comprends vos arguments mais nous avons entendu les mêmes au moment de l'autorisation de substitution par des génériques il y a quelques années. La crainte n'est peut-être pas seulement celle des patients, mais aussi celle de quelques industriels. Nous parlons tout de même de près d'un milliard d'euros d'économies pour les finances du pays. Je regrette qu'on n'avance pas.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Si j'ai bien compris l'amendement, on laisse le libre choix aux pharmaciens de les proposer, sans les y obliger.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS548 de Mme Josiane Corneloup et AS1044 de Mme Sandrine Rousseau, amendements AS1529 de M. Hadrien Clouet et AS549 de Mme Josiane Corneloup (discussion commune).

Mme Josiane Corneloup (LR). Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande de renforcer le dispositif de révision des prix des médicaments en France. En effet, si les critères de révision sont définis par la loi depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, il n'existe pas d'obligation de révision. Suite aux recommandations de la Cour des

comptes, nous proposons donc de déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen ; au bout de trois ans pour les autres ; et en cas d'extension d'indication thérapeutique.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Notre amendement AS1044, qui est régulièrement proposé par de nombreuses associations, dont Aides, vise à déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix des médicaments car, en l'état du droit, il n'existe pas d'obligation de révision.

Il s'agit de déclencher une révision dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen ; au bout de trois ans pour les autres ; en cas d'extension d'indication thérapeutique.

Cette amélioration du processus de fixation des prix pourrait être l'occasion d'inciter à davantage de transparence dans les négociations entre l'industrie et les pouvoirs publics, et à la présence de représentants de malades à la table des négociations.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). Notre amendement AS1529 reprend les recommandations de la Cour des comptes et vise à instaurer des obligations périodiques de révision des prix des médicaments par le CEPS afin de diminuer les rentes de l'industrie pharmaceutique.

Les *Big Pharma* ont réalisé un chiffre d'affaires de 1 200 milliards d'euros en 2020. L'industrie pharmaceutique figure dans le trio de tête des secteurs productifs les plus rentables, y compris en France où, tous laboratoires confondus, elle dégage 35 % à 40 % de marge. Au bénéfice de qui ? Des actionnaires uniquement, et au détriment des salariés et consommateurs. Les prix des médicaments sont indexés sur leurs exigences, totalement déconnectés des coûts de production et des besoins. Nous défendons l'idée que les médicaments sont un bien commun.

Il s'agit ici de réviser le prix des médicaments à l'issue de cinq années pour les médicaments les plus innovants, et tous les trois ans pour les autres médicaments, ainsi que pour ceux faisant l'objet d'une extension d'indication thérapeutique.

Mme la rapporteure générale. Ces amendements rigidifient le système. Notre arsenal législatif donne déjà beaucoup de possibilités au CEPS pour renégocier les prix et vos propositions n'impliquent pas une plus grande transparence.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1525 de M. Damien Maudet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Un brevet implique un monopole d'exploitation. Dans le secteur de la santé et du médicament, ce principe peut menacer des vies humaines dans le monde entier, dans la mesure où l'on peut être privé d'accès aux soins si on ne dédommage pas le propriétaire du brevet.

Néanmoins, les licences d'exploitation permettent de contourner ce monopole, un titulaire de brevet cédant alors ses droits. S'agissant de santé publique, l'État peut recourir au système des licences d'office, permettant la fabrication en France d'un médicament, d'un vaccin ou d'un traitement qu'il serait sinon interdit de répliquer.

L'amendement vise à faciliter le recours à ce type de licences pour développer la production nationale de traitements socialement utiles et nécessaires à la santé publique, en levant notamment la série de conditions restrictives permettant le recours à la licence d'office – pénurie, constat de manœuvres anticoncurrentielles, etc. Il s'agit de gagner ainsi un temps précieux dans l'accès aux soins tout en évitant d'embêter les grands industriels pharmaceutiques en recherchant avec eux un accord amiable.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Cela doit nécessairement se discuter aussi à l'échelon européen. Par ailleurs, notre mission d'information sur les médicaments de l'année dernière avait proposé dans son rapport plusieurs pistes sur les licences qui pourraient être creusées. Mais le PLFSS n'est pas le bon texte.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1599 de M. Damien Maudet.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Ce que vous venez de dire, madame la rapporteure générale, signifie-t-il que vous êtes favorable à l'automatisme de la licence d'office ?

Le présent amendement pose la question même de l'invention : pourquoi invente-t-on de nouveaux traitements, de nouveaux médicaments ? Ce peut être pour mieux soigner, avec un remède plus approprié à une nouvelle maladie ou aux réactions humaines ; ce peut aussi être pour maintenir un taux de profit. L'amendement vise donc à obliger l'industriel à justifier toute hausse de prix, dès lors qu'il met sur le marché un médicament appartenant à une classe thérapeutique préexistante. Il ne s'agit pas de bloquer les prix ou d'imposer une taxe. Lorsque la réévaluation est légitime, cela ne coûtera qu'un stylo Bic et une feuille de papier à l'industriel.

Mme la rapporteure générale. Vous voulez obliger l'industriel à justifier la différence de prix entre le médicament qu'il veut inscrire et les médicaments de la même classe thérapeutique. En réalité, votre amendement est satisfait : c'est

évidemment un critère dans la négociation du prix conduite par le CEPS. Je vous demanderai donc de bien vouloir le retirer. Sinon j'y serai défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je vous remercie pour cette réponse de fond, mais vais le maintenir. La négociation, c'est bien, la loi, c'est tout de même mieux !

La commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 30

Prolongation de l'expérimentation du cannabis à visée thérapeutique

Amendements AS213 de M. Yannick Neuder et AS1367 de Mme Sabrina Sebaihi (discussion commune), amendement AS688 de M. Thomas Mesnier et sous-amendement AS1650 de Mme Stéphanie Rist (présentation commune).

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit de poursuivre pour deux ans l'expérimentation du cannabis à visée thérapeutique, avec un rapport détaillé sur les conditions de prise en charge, le nombre de patients et toutes les modalités pratiquées. Cela permet de continuer à délivrer ces substances aux patients qui en ont besoin, notamment ceux qui souffrent de douleurs rebelles. Cela permettra aussi, à la suite du covid, aux acteurs français de réfléchir aux *process* d'industrialisation qui permettraient d'avoir une filière souveraine en France, plutôt que de dépendre d'importations.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'amendement AS1367 a pour objet de prolonger l'expérimentation thérapeutique du cannabis à usage médical, qui prend normalement fin le 30 mars 2023, jusqu'au 1^{er} janvier 2024. L'objectif est double : réunir davantage de données médico-économiques sur le cannabis médical ; apporter une réponse à la question de l'indemnisation des fournisseurs actuels de l'expérimentation, qui s'étaient engagés dans un premier temps à fournir les médicaments à titre gracieux.

Je profite de cet amendement pour vous parler de la fibromyalgie, maladie dont le principal symptôme est la douleur chronique. Les malades ne comprennent pas pourquoi ils ont été exclus de l'expérimentation sur le cannabis thérapeutique qui a démarré en mars 2021. Cette maladie touche plus de 2 millions de personnes en France et les autres symptômes – fatigue, perturbation du sommeil, troubles digestifs et de l'attention – diffèrent d'un patient à l'autre et évoluent au fil du temps. Les personnes qui en souffrent décrivent des douleurs insupportables et handicapantes, les antalgiques habituels n'étant pas toujours efficaces et très addictifs.

M. Thomas Mesnier (HOR). Nous avons validé l'expérimentation du cannabis à usage thérapeutique dans la LFSS 2020. L'ANSM l'a lancée en 2021 et elle doit toucher à sa fin en mars 2023. Elle inclut environ 2 000 patients dans la cible fixée. Nous avons besoin de davantage de recul afin d'inclure plus de malades et de

disposer de résultats complémentaires sur l'efficacité du cannabis thérapeutique. En outre, la filière française a besoin de temps pour se structurer.

Je vous propose de prolonger l'expérimentation au maximum, soit un total de cinq ans, et non deux comme initialement prévu. Madame la rapporteure générale préférerait trois ans. Je crois qu'il faut prévoir le plus large possible, pour ne pas y revenir chaque année.

Mme la rapporteure générale. Je n'avais pas vu, parmi les 1 600 amendements reçus ce week-end, celui de Mme Sebaihi, qui prolonge l'expérimentation d'un an, comme je le souhaitais. Je lui donne un avis favorable et retire mon sous-amendement. C'est la durée nécessaire pour disposer des résultats de l'expérimentation et savoir s'il faut, ou non, généraliser l'usage médical du cannabis.

Mme Caroline Janvier (RE). C'est un sujet très important. L'expérimentation, initialement prévue pour deux ans, a pris beaucoup de retard du fait de la crise sanitaire. Par ailleurs, les associations de patients, qui suivent de près le dossier, regrettent les critères qui ont été choisis, et souhaitent élargir l'expérimentation. J'aimerais qu'on interroge le ministre en séance sur tout cela, ainsi que sur le statut du cannabis thérapeutique ou chanvre médical, quel que soit le nom qu'on lui donne. Il faut sortir les patients et les associations de cette zone grise compliquée à gérer. L'idéal serait que le Gouvernement dépose un amendement. Le prolongement de l'expérimentation est une bonne chose, mais il n'est pas suffisant.

M. Yannick Neuder (LR). Je suis d'accord avec Mme Janvier. Il faut en outre reprendre les discussions avec les industriels français : sont-ils capables de produire ce médicament en France afin d'assurer notre souveraineté sanitaire ?

L'amendement de Mme Sebaihi s'intéresse plutôt aux indications thérapeutiques. Or le prolongement de l'expérimentation a surtout pour objet de disposer de davantage de données pour confirmer l'intérêt du cannabis thérapeutique et d'évaluer la capacité de nos industriels à développer une telle innovation, afin qu'il s'agisse d'une décision gagnant-gagnant pour le secteur – qui ne doit pas servir qu'à payer des taxes. L'amendement que vous proposez d'adopter, madame la rapporteure générale, ne satisfait pas du tout le mien.

M. Thomas Mesnier (HOR). Je pense que mon amendement peut rallier le consensus. Nous avons tous le même objectif : prolonger l'expérimentation. Je plaide pour une durée totale de cinq ans, mais c'est un maximum : dès que nous serons au point, nous mettrons un terme à l'expérimentation. Cela évite d'y revenir dans un ou deux ans.

Mme Caroline Janvier (RE). Il vaut mieux voter celui de Mme Sebaihi, quitte à aller plus loin en séance publique. Monsieur Mesnier, je vous rappelle que l'expérimentation prévoit la gratuité des produits : les industriels étrangers auxquels nous recourons n'accepteront pas de nous les fournir sur une durée aussi longue. Il

nous faut commencer envisager la sortie de l'expérimentation, laquelle portait d'ailleurs, plus que sur son efficacité, sur les modalités de distribution et de remboursement et sur le statut du cannabis thérapeutique.

M. Thomas Mesnier (HOR). Pour éviter toute incompréhension, je précise que mon amendement ne vise pas à prolonger l'expérimentation de cinq ans, mais à l'autoriser pour cinq ans en tout – il en reste donc trois.

M. Yannick Neuder (LR). Peut-être conviendrait-il simplement de sous-amender l'amendement de M. Mesnier pour prolonger l'expérimentation de deux ans, au lieu de trois. On ne peut pas mettre nos patients sous cloche trop longtemps. Il faut penser aux malades, amputés ou cancéreux par exemple, et passer à la phase d'industrialisation.

Mme la rapporteure générale. Cette discussion pourrait bien déboucher sur un consensus. Je comprends que l'amendement de Mme Sebaihi ne couvre pas toutes les préoccupations. Je propose donc de voter celui de M. Mesnier, qui a l'avantage de reprendre l'expérimentation en cours, mais avec mon sous-amendement, car un an me semble suffisant. Deux ou trois ans supplémentaires, c'est trop. Lors des débats sur le prochain PLFSS, nous disposerons du rapport et pourrons décider des suites.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS213 et AS1367.*

*Elle **adopte** ensuite le sous-amendement AS1650, puis l'amendement AS688 **sous-amendé**.*

Après l'article 30

Amendement AS867 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Cet amendement du groupe écologiste appelle le Gouvernement à tirer le bilan de plus de quatre ans de concertation et d'échange d'informations et à faire des propositions pour aller vers une implication directe des associations d'usagers du système de santé. En l'état du droit, l'information la plus importante transmise aux associations d'usagers est l'ordre du jour des réunions hebdomadaires du CEPS. Il faut aller plus loin car même les décisions d'apparence technique ont en réalité un impact majeur sur l'organisation du système de santé et sur les finances publiques.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

Article 31

Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge

Amendement AS430 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de supprimer les alinéas 6 et 7, qui conduisent à compliquer les négociations entre le CEPS et les fabricants et distributeurs. Cela pourrait même constituer une menace pour la qualité des soins. Ce qu'attendent les acteurs de la santé à domicile, c'est une régulation construite avec les acteurs et la pluriannualité des décisions.

Mme la rapporteure générale. L'article 31 permet de dissocier la tarification du prix du produit et de la prestation, dans un objectif de transparence. C'est pourquoi je suis défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS458 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il vise à supprimer les alinéas 12 à 15.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS244 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de supprimer l'alinéa 15. Ne vous inquiétez pas, cela ne va pas faire tomber l'ensemble du PLFSS ! Le Gouvernement n'a pas mené de concertation avec les prestataires de santé à domicile (PSAD) et nous ne disposons d'aucune analyse approfondie des impacts de la dissociation sur les emplois, l'activité des entreprises du secteur et l'accès aux prestations de santé à domicile dans les territoires.

Les PSAD se déploient, nous l'observons dans les territoires. Ces prestataires de proximité participent au maillage et à l'offre de soins de proximité, nous en avons besoin. Il faut maintenir le dialogue avec eux, afin d'assurer des prestations de qualité et coordonnées.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS243 de M. Thibault Bazin et AS1189 de M. Olivier Falorni.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de supprimer les alinéas 16 à 25, qui sont redondants : l'obligation prévue incombe déjà à l'exploitant, aux termes de l'article L. 165-2-2 du code de la sécurité sociale. Inutile de le répéter.

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement AS 1189 est défendu.

Mme la rapporteure générale. D'après l'étude d'impact, « *malgré l'existence de la déclaration de prix définie à l'article L. 165-2-2, il subsiste un manque de visibilité important lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant* ». Il est légitime d'améliorer la transparence.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS835 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin (LR). Amendement de simplification administrative.

Mme la rapporteure générale. Je suis favorable à la simplification, mais défavorable à votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS789 de M. Paul Christophe et AS838 de M. Thibault Bazin.

M. Paul Christophe (HOR). Il s'agit de demander un rapport au Gouvernement pour dresser le bilan des dispositifs dérogatoires au droit commun de mise sur le marché de dispositifs médicaux innovants. Ces dispositifs visent à faciliter l'accès des patients aux innovations – forfait innovation, prise en charge transitoire, prise en charge anticipée, expérimentation au titre de l'article 51.

M. Thibault Bazin (LR). Si la demande de rapport n'était pas acceptée, il faudrait, madame la présidente, mener une mission sur ce sujet, au-delà des débats qui auront lieu lors du Printemps social de l'évaluation.

Mme la présidente Fadila Khattabi. J'en prends note.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Une mission n'est effectivement pas incompatible avec le Printemps social de l'évaluation.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS245 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il vise à supprimer les alinéas 38 à 59, la mesure prévue étant inadaptée et menaçant un secteur déjà fragilisé par de nombreuses années de baisses tarifaires. Soyons prudents : tous les maillons de la chaîne sont inquiets. Nous avons besoin des prestataires partout, jusqu'au dernier kilomètre, ou ce sont les Français qui en pâtiront.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Vous cherchez toujours à revenir sur la dissociation entre le prix du produit et la prestation. Nous y sommes favorables, parce que cela accroîtra la transparence.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1601 de M. Hadrien Clouet.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Les années se suivent et se ressemblent, et les patients ont toujours l'impression d'être laissés au bord de la route. Ainsi, Marie a appris qu'elle était atteinte d'une hépatite C il y a à peine deux ans. Une bien mauvaise nouvelle. Certes, il existe depuis peu des médicaments révolutionnaires permettant, dans la plupart des cas, d'éradiquer le virus en quelques semaines de traitement. Mais Marie n'a pas de fibrose : tant mieux, sauf qu'elle n'aura donc pas le droit à ces médicaments parce qu'ils coûtent trop cher.

Vous retrouvez ce témoignage sur le site France Assos Santé. Que seule une dégradation gravissime de l'état de santé autorise à prendre ce médicament, c'est déplorable. Comme les années précédentes, nous demandons la transparence du prix des médicaments. Il est inconcevable qu'un médicament qui existe depuis de nombreuses années ne puisse être prescrit aux malades car il est trop cher.

Mme la rapporteure générale. L'objet de votre amendement est de faire reposer la fixation du prix principalement sur l'origine des principes actifs et des matières premières. Je ne suis pas sûre que nous puissions occulter d'autres critères au moins aussi importants, comme l'efficacité.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Il s'agit de médicaments déjà mis sur le marché. J'ose espérer qu'ils sont efficaces ! Vous pouvez sous-amender si vous le souhaitez pour le préciser. Personnellement, je fais confiance aux laboratoires et aux responsables des autorisations de mise sur le marché (AMM).

M. Jean-François Rousset (RE). Chaque médicament a des indications et contre-indications en fonction des pathologies. Ce n'est pas parce qu'il est sur le marché qu'il doit être pris sans respecter ces indications.

M. Yannick Neuder (LR). Je ne comprends pas bien le problème : s'agit-il du fait que le médicament n'est pas disponible, ou qu'il est trop cher ? C'est bien qu'il y ait des thérapies innovantes pour traiter les hépatites.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). En l'espèce, mais nous pourrions prendre d'autres exemples, le médicament existe, il est indiqué dans la pathologie en question mais n'est remboursé qu'à partir du moment où l'état de santé est suffisamment dégradé pour le justifier, parce qu'il coûte excessivement cher. Là est

le problème : on laisse l'état de santé se dégrader, plutôt que de prévenir et de soigner.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Tout est sur France Assos Santé : « Marie a de la chance dans son malheur : les analyses menées suite au diagnostic des médecins concluent à l'absence de fibrose. Cette chance est aussi la cause d'un autre malheur puisqu'en raison de son état de santé, elle sort du champ des patients auxquels le "traitement miracle" est réservé », au vu du coût de ce traitement. « Une situation qu'elle vit comme une injustice même si elle en comprend très bien les raisons. »

« [Les] négociations n'ont jamais cessé. [...] "Le recours à ce traitement, comme à tout traitement, ne doit dépendre que du choix du patient, éclairé par son médecin, dans le cadre de leur colloque singulier, déclarait alors la ministre [Marisol Touraine]. Pour tous les patients infectés, j'ai saisi la semaine dernière la HAS dont l'avis est obligatoire." »

C'est parce que le remède contre l'hépatite C coûte 46 000 euros qu'il n'est pas donné au malade tant que ce dernier n'est pas en très mauvaise santé. Ce médicament est l'un de ceux dont on parle le plus, sans doute parce qu'il renvoie à des situations tragiques, mais il ne s'agit malheureusement pas d'un cas isolé.

M. Éric Alauzet (RE). Une AMM est accordée pour une maladie donnée, à un stade donné. En l'espèce, vous remettez en cause l'AMM : vous contestez le fait qu'elle ne prévoie pas de donner ce médicament dans des stades inférieurs à la fibrose. Mais ce n'est pas parce que France Assos Santé prétend que c'est à cause de son prix que c'est l'explication réelle.

M. Yannick Neuder (LR). J'irai dans le même sens que M. Alauzet. Lorsqu'un médicament n'est pas donné, c'est parfois pour protéger le patient. Par exemple, si la maladie n'a pas atteint un stade assez évolué, on évite de donner un produit pharmaceutique qui entraîne des effets secondaires. Pour une forme peu grave, le médecin ne prescrira pas un médicament sur lequel il n'a pas beaucoup de recul. Il faut faire un calcul bénéfices-risques et éviter de donner au malade un produit qui entraînera plus d'effets secondaires que d'effets favorables. C'est pourquoi la prescription de certains médicaments est réservée à tel ou tel critère de gravité : cela ne veut pas dire qu'on attend que l'état du malade s'aggrave !

M. Nicolas Turquois (Dem). Il y a quelques années, plusieurs associations de malades m'ont parlé du produit évoqué par Mme Fiat, Harvoni, vendu très cher en France – jusqu'à 200 fois plus cher qu'ailleurs – et dont l'usage est limité aux stades les plus graves de la maladie. On peut tout de même se demander comment il est possible que le même traitement soit proposé à des tarifs si différents selon les pays.

Mme la rapporteure générale. Le dispositif de votre amendement ne correspond pas à ce que vous avez évoqué, madame Fiat. Vous demandez qu'il soit

précisé, après l’alinéa 42, que le prix d’un médicament est fixé principalement en fonction de la provenance et du coût de ses principes actifs et matières premières.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous retirons donc notre amendement pour le réécrire, avec votre aide si vous le voulez bien, madame la rapporteure générale !

L’amendement est retiré.

Amendement AS459 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Nous demandons que le CEPS produise une étude d’impact avant toute modification du prix d’un médicament.

Suivant l’avis de la rapporteure générale, la commission rejette l’amendement.

Amendement AS1023 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Toujours dans le même état d’esprit, nous proposons une modification de l’alinéa 56.

Suivant l’avis de la rapporteure générale, la commission rejette l’amendement.

Amendement AS1259 de Mme Marie-Christine Dalloz.

Mme Marie-Christine Dalloz (LR). L’article 31 comporte un risque d’inconstitutionnalité. Vous voulez garantir l’accès des patients aux dispositifs médicaux tout en assurant la soutenabilité du système de sécurité sociale. Je peux l’entendre : ce n’est pas nous qui contesterons la nécessité de limiter la progression des dépenses. Cependant, depuis la création, en 2020, des classes à prise en charge renforcée, la sécurité sociale ne rembourse que 0,09 euro par équipement de correction visuelle – verres et monture – ne relevant pas de cette catégorie. Une telle prise en charge peut-elle vraiment menacer la soutenabilité des comptes sociaux ? Les mesures que vous préconisez sont excessives et mettent en péril la production lunetière française en favorisant l’achat de lunettes fabriquées en Chine ou ailleurs. Cet amendement de bon sens ne coûte rien à la sécurité sociale : il vise simplement à instaurer des garde-fous et des garanties.

Mme la rapporteure générale. Le dispositif de votre amendement ne correspond pas exactement aux explications que vous venez de donner. À vrai dire, j’avais considéré qu’il s’agissait d’un amendement d’appel visant à renforcer le « 100 % Santé ». Je prendrai le temps de l’étudier un peu mieux ; en attendant, je lui donne un avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). Je souscris aux propos de Mme Dalloz. Ce débat me fait penser à ce que nous disions tout à l’heure au sujet du cannabis

thérapeutique : nous devons veiller à ce que les décisions prises dans le cadre du PLFSS ne soient pas décorrélées de la réalité de l'industrie de notre pays. Il ne serait pas mauvais de faire en sorte que les remboursements de médicaments, lunettes, appareils auditifs ou implants dentaires qui profitent à la population correspondent aux coûts de production des fabricants français. Cela nécessiterait un travail en amont avec les secteurs industriels concernés, mais cela éviterait aussi d'instaurer des clauses de sauvegarde, par exemple. À force de réduire les remboursements et d'augmenter les restes à charge, nos concitoyens n'achèteront plus que des lunettes en plastique fabriquées en Chine et nos lunettiers locaux, qui ont un véritable savoir-faire, ne pourront plus vendre leurs produits.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS837 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Lorsque des entreprises s'engagent à transmettre les résultats d'une étude, les conséquences d'éventuels manquements doivent être précisées dans l'accord-cadre. Une telle situation doit être gérée par voie conventionnelle.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS411 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit encore une fois de favoriser la négociation conventionnelle.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 31 non modifié.

Après l'article 31

Amendement AS834 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Nous proposons de mettre en œuvre une promesse faite par le Président de la République dans le cadre du CSIS en raccourcissant le délai d'examen des actes innovants, ce qui limiterait les pertes de chances pour les patients.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS836 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit d'un amendement de méthode. Il convient de donner explicitement, dans la loi, au CEPS la possibilité de générer des économies structurelles reposant sur une maîtrise médicalisée des dépenses dans le cadre de négociations avec les fabricants ou les prestataires de services à domicile, en lien étroit avec la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

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

Chapitre V Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article additionnel avant l'article 32

Majoration de l'astreinte journalière applicable en cas de non-respect par un établissement social et médico-social d'une injonction formulée à la suite d'une inspection

Amendement AS79 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Au vu des enseignements tirés de l'affaire Orpea, nous souhaitons renforcer le contrôle des établissements et services sociaux. Ce contrôle peut donner lieu à sanctions. Or il est apparu que les sanctions existantes étaient peu dissuasives : ainsi, en cas de non-respect des injonctions figurant dans le rapport d'une autorité de contrôle, qu'il s'agisse de l'agence régionale de santé (ARS), du département ou bientôt de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ou de l'Inspection générale des finances (IGF), l'établissement fautif est redevable d'une astreinte journalière de 500 euros, si bien que certains préfèrent payer plutôt que de mettre en œuvre les mesures d'amélioration qui leur sont demandées. Il est proposé, de manière tout à fait raisonnable, de porter cette astreinte à 1 000 euros par jour, précisément pour inciter les établissements à respecter des injonctions qui restent parfois lettre morte.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie. L'article 32 que nous nous apprêtons à examiner reprend un certain nombre de propositions de la mission « flash » que nous avons conduite à votre demande, madame la présidente, avec Pierre Dharréville et Jeanine Dubié, au sujet de la gestion financière des Ehpad, à la suite de l'affaire Orpea. Il convient en effet d'être beaucoup plus vigilants quant à la bonne utilisation de l'argent public et d'éviter qu'un établissement détourne les financements de la sécurité sociale pour rémunérer ses actionnaires, comme le faisait Orpea.

Vous proposez, monsieur Guedj, de renforcer une sanction que vous jugez insuffisante. À la réflexion, je crois que vous avez raison. En effet, si nous devons éviter de stigmatiser l'ensemble du secteur, il nous faut en même temps être très

fermes en sanctionnant les pratiques répréhensibles et en dissuadant les établissements de ne pas suivre les recommandations qui leur sont faites.

Je donne donc un avis favorable à votre amendement.

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

Article additionnel avant l'article 32

Majoration du plafond des sanctions applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux

Amendement AS80 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Le code de l'action sociale et des familles plafonne les sanctions financières prononcées à l'encontre des établissements sociaux et médico-sociaux à 1 % de leur chiffre d'affaires. Dans le même esprit que l'amendement précédent, nous proposons de porter ce plafond à 5 % du chiffre d'affaires.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** l'amendement.*

Avant l'article 32

Amendement AS81 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement un peu différent répond à des problèmes clairement identifiés, tant dans le rapport rédigé par l'Igas et l'IGF sur la gestion des Ehpad du groupe Orpea que dans les travaux des missions « flash » menées à ce sujet en mars 2022. Il s'agit de mieux encadrer l'imputation des dépenses de personnel dans les différentes sections tarifaires. En effet, nous avons constaté que certains établissements imputaient des dépenses de personnel non soignant sur le forfait soins. Cette clarification ne résoudra pas la question épineuse des fameux « faisant fonction », au cœur du contentieux entre Orpea et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur le remboursement des dotations mal utilisées, mais elle permettra au moins, en réduisant la marge de manœuvre dont dispose le gestionnaire, de refréner la tentation de financer par de l'argent public ce qui relève du tarif hébergement.

Mme la rapporteure. Dans le rapport de la mission « flash », nous avons en effet insisté sur la nécessité d'isoler et de tracer l'utilisation de financements dédiés à une section dans une autre section. Afin de répondre à cette demande de transparence, l'article 32 imposera aux établissements de tenir une comptabilité analytique permettant de retracer de tels mouvements et, plus largement, l'usage des dotations publiques. En revanche, votre amendement revient sur le principe de fongibilité entre les sections, qui avait été acté avec la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et qui confère notamment au secteur associatif, au secteur privé non lucratif une vraie souplesse de gestion. Il ne faut pas

jeter le bébé avec l'eau du bain : ne punissons pas ces acteurs en les privant de ces marges de manœuvre.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 32

Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux

Amendement AS146 de M. Patrick Hetzel.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement est défendu.

Mme la rapporteure. Cet amendement aborde une difficulté qui met en difficulté de nombreux épargnants.

Avis favorable.

M. Thibault Bazin (LR). Je me réjouis que vous soyez favorable à cet amendement qui reprend une proposition de loi de Patrick Hetzel, un expert de ce sujet.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS48 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 32 ouvre la possibilité de signer des CPOM à l'échelon du groupe gérant plusieurs établissements dans un même département, ce qui va dans le bon sens. Cependant, cette possibilité interviendrait à la demande du groupe d'Ehpad concerné. Nous proposons, pour notre part, de systématiser cette pratique des CPOM multi-établissements afin de donner au conseil départemental et à l'ARS une vision plus globale de l'activité du gestionnaire à l'échelle du département.

Bien que nous n'ayons pas déposé d'amendement en ce sens, je suis convaincu qu'il faudrait envisager la signature non de CPOM territoriaux, mais de conventions nationales d'objectifs et de moyens entre l'État et les grands gestionnaires à rayonnement national, qu'ils soient privés commerciaux, comme Korian, Orpea et Colisée, ou associatifs, comme Partage et Vie, Arpavie ou la Croix-Rouge, sur le modèle des contrats d'objectifs et de performance conclus entre l'État et quelques grands opérateurs. Cette possibilité a été évoquée par certains acteurs et même réclamée par plusieurs fédérations afin de définir une stratégie nationale et de mettre en place un pilotage national en matière de qualité ou d'investissements immobiliers, par exemple.

Mme la rapporteure. L'article 32 vise bien à soumettre la possibilité, pour un groupe, de signer des CPOM à la place des établissements qu'il gère à un accord des autorités de tarif et de contrôle. Il s'agit d'éviter que le groupe fasse écran entre les autorités et les établissements, comme on l'a vu dans l'affaire Orpea. Vous souhaitez que cette possibilité puisse être mise en œuvre sans demande de la personne gestionnaire. Cela va à l'encontre de l'objectif de l'article, étant entendu que la négociation entre le siège et l'autorité tarifaire présente pour les groupes bien plus d'avantages que la négociation établissement par établissement.

Je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). En effet, nos philosophies ne sont pas tout à fait les mêmes. Lorsqu'un groupe gère plusieurs établissements dans un même département, il faut que le CPOM porte sur la totalité de ces établissements et que le siège prenne la main sur les directeurs d'établissement, dont l'autonomie de gestion s'avère en effet parfois très réduite. Je maintiens donc mon amendement, même si j'entends bien votre position.

Mme Annie Vidal (RE). Cet amendement comporte une faille qui permettrait aux systèmes que nous avons combattus dans l'affaire Orpea de se remettre en place. Une contractualisation au niveau du groupe atténuerait considérablement l'autonomie et l'implication du manager de proximité, dont nous avons pourtant perçu le caractère essentiel. Cela irait à l'encontre de l'objectif de l'article 32.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS849 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il nous faut renforcer les outils à notre disposition pour mieux contrôler les établissements, surtout après les scandales récents. Or l'article 32 fait expressément référence aux dispositions du code de commerce : il s'applique donc aux seules personnes morales de droit privé commercial, ce qui exclut les groupements relevant d'autres formes juridiques. Il me semble cependant important que le champ d'application de nos outils comprenne tous les groupements. Nous devons nous prémunir de tout dysfonctionnement, pas seulement chez les personnes morales de droit privé commercial.

Mme la rapporteure. Il y a un malentendu : l'article 32 vise à modifier le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 313-12, cité à l'alinéa 2, et son article L. 313-13, mentionné à l'alinéa 6. Il étend par ailleurs cette modification aux Ehpad privés commerciaux régis par l'article L. 233-3 du code de commerce, cité à l'alinéa 3. Tous les établissements sont donc concernés.

Votre amendement étant sans objet, je vous demande de le retirer ; à défaut, avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). C'est la mention « au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce » qui me gênait. Mais la précision que vous venez d'apporter, inscrite au compte rendu de notre réunion, permettra d'interpréter l'article 32 comme une disposition concernant tous les établissements, et non les seuls Ehpad relevant du code de commerce.

L'amendement est retiré.

Amendement AS852 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement prévoit que l'utilisation des reports ou des réserves qui ont pu être constitués soit négociée dans le cadre du nouveau CPOM.

Mme la rapporteure. C'est déjà le cas, comme le précise expressément l'alinéa 5. À l'occasion du renouvellement d'un CPOM se tiennent des négociations, un dialogue de gestion entre les autorités de tarif et l'établissement qui aborde la prise en compte des reports, notamment sur la base des conditions d'exploitation.

Encore une fois, votre amendement est donc satisfait. Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Mon amendement étant satisfait, je le retire. Là encore, le compte rendu de nos échanges pourra servir aux services des ARS et des conseils départementaux lorsqu'ils négocieront des CPOM.

L'amendement est retiré.

Amendement AS49 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Lors du renouvellement d'un CPOM, les deux autorités tarificatrices que sont l'ARS et le conseil départemental ont aujourd'hui la possibilité de prendre en compte les reports et les réserves de l'Ehpad pour fixer son tarif au niveau le plus juste. Nous souhaitons transformer cette possibilité en obligation.

Mme la rapporteure. Il me semble important de laisser une marge de manœuvre et une liberté d'appréciation aux autorités de tarification. C'est d'ailleurs tout l'intérêt des échanges qui donnent lieu à l'élaboration des CPOM. Ces contrats donnent une plus grande de marge de manœuvre aux structures, mais ils leur imposent de faire preuve de responsabilité et à veiller à la bonne utilisation de leurs fonds. On ne peut pas considérer *a priori* que tous les excédents et les reports sont justifiés, ou qu'il faut nécessairement les consacrer à de nouveaux projets.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1028 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de préciser que les modalités de fixation du tarif d'un établissement seront déterminées par décret en Conseil d'État, afin d'encadrer la procédure de reprise des excédents et de disposer de critères d'appréciation assortis d'indicateurs publics et clairement définis.

Mme la rapporteure. Pour la même raison que précédemment, je ne suis pas favorable à ce que l'on fige les échanges entre les autorités de tarification et l'établissement, ni que l'on définisse *a priori*, par voie réglementaire, les critères permettant d'apprécier l'opportunité de la reprise d'un excédent. De façon plus générale, les conditions d'exploitation sont définies à différents endroits du code de l'action sociale et des familles.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS850 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'article 32 dispose qu'à l'occasion du renouvellement du CPOM, les éventuels reports à nouveau pourront être pris en compte dans la fixation du nouveau tarif. Or un report à nouveau peut être excédentaire ou déficitaire. Dès lors que les éventuels reports à nouveau excédentaires sont repris, je vous propose de préciser que, dans un souci d'équité, les reports à nouveau déficitaires doivent l'être également. J'imagine que c'est ce qui est prévu, mais cela va mieux en le précisant !

Mme la rapporteure. Le principe du CPOM est de laisser beaucoup de marge de manœuvre aux établissements au lieu de discuter chaque année de la reprise des déficits ou des excédents. Dans le cadre du CPOM, les établissements ont donc la pleine gestion de leur budget et peuvent décider de reprendre leurs déficits ou leurs excédents d'une année sur l'autre. Mais il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilisation : le corollaire est qu'à l'expiration du CPOM, les déficits ne sont pas repris.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1584 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Il s'agit d'un amendement rédactionnel – car les mots ont leur importance. Vous souhaitez avoir la possibilité d'infliger des sanctions aux grands groupes qui détiennent des Ehpad et ont bénéficié indûment de certaines sommes d'argent. Nous voulons faire de cette possibilité une obligation : aussi proposons-nous de remplacer « peut enjoindre » par « conjoint », « peut prononcer » par « prononce », « peut en outre être prononcée » par « est prononcée », et « peut en demander » par « en demande ».

Mme la rapporteure. Je comprends bien votre intention mais, de façon plus générale, je suis farouchement opposée au caractère systématique ou à l'automatisme

de la peine. Lors des débats sur les peines planchers, j'ai montré que j'étais attachée à la proportionnalité et à l'individualisation des peines.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous ne parlons pas de la peine. Nous voulons simplement que des sanctions soient automatiquement infligées, et non possiblement infligées. Il faut écrire dans la loi « tu triches, tu paies », et non « tu triches, alors peut-être qu'éventuellement tu vas payer ».

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS50 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement vise à prolonger une disposition fort pertinente de l'article 32, qui permet de demander à une personne morale membre d'un groupe gérant plusieurs établissements le reversement à la CNSA des fonds publics perçus de manière injustifiée. Nous proposons de ne pas nous limiter aux personnes morales mais de remonter dans la « chaîne de détournement », si je puis dire, et de viser toute personne physique ou morale, membre du groupe ou non.

Mme la rapporteure. Votre amendement ne me semble pas pertinent dans la mesure où il reviendrait à élargir le périmètre du contrôle qui, par définition, correspond au champ des établissements membres d'un groupe.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS51 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement de repli élargit le périmètre dont nous parlions aux personnes physiques d'un groupe gérant plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux, en plus des personnes morales de ce groupe.

Chacun peut deviner à qui j'ai pensé en rédigeant cet amendement, compte tenu des difficultés auxquelles est aujourd'hui confrontée la CNSA dans la discussion avec un certain opérateur auprès duquel elle souhaite récupérer une partie des fonds indûment versés. Certains individus qui étaient aux responsabilités au moment du scandale ne sont plus membres du groupe, ce qui leur permet d'échapper, au moins dans le cadre de la procédure administrative, à tout remboursement, sans préjudice toutefois des poursuites pénales qui pourraient être engagées.

Mme la rapporteure. Je partage votre volonté de voir l'ensemble des personnes ayant bénéficié indûment de financements publics sanctionnées. Cette règle doit s'appliquer aux personnes physiques comme morales d'une société qui gère plusieurs établissements. Il convient par ailleurs de donner à la CNSA suffisamment de moyens pour récupérer ces financements indus.

Je suis donc favorable à votre amendement.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS1465 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Toute personne morale sanctionnée pour avoir bénéficié indûment de fonds publics ne doit plus jamais pouvoir prétendre à ces sommes.

Le groupe Orpea a mis en place un système de rétrocommissions qui permettait que l'argent public aille directement garnir les bénéficiaires, sans que les résidents n'en voient la trace dans leur assiette ou dans les effectifs. Les mesures que le Gouvernement propose sont largement insuffisantes. Il faut prévoir, au minimum, que les groupes pris la main dans le sac soient sanctionnés : lorsque vous trichez au casino, vous ne pouvez plus y retourner !

Mme la rapporteure. Encore une fois, je comprends votre intention politique mais il me semble que les dispositions que nous venons d'adopter, notamment à l'amendement AS80, durcissent déjà les sanctions – dans la pratique, une sanction qui atteint 5 % du chiffre d'affaires peut conduire le gestionnaire à cesser son activité. Votre amendement, de ce point de vue, semble excessif.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Ce qui est excessif, madame la rapporteure, c'est de profiter de l'argent public pour faire des dividendes ! Ce qui est inadmissible, c'est de laisser ces personnes s'occuper de leurs actionnaires plutôt que de nos aînés !

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). La sanction que nous proposons aurait un effet très dissuasif à l'égard de tout établissement qui chercherait à obtenir indûment de l'argent public. Si nous votions une telle mesure, certes politique, nous enverrions un message clair : jamais plus nous ne tolérerons les fraudeurs !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 32 modifié.

Après l'article 32

Amendement AS1519 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). L'éligibilité à l'aide sociale devrait être assortie d'un droit à une place à moindre coût. Or seules 20 % des personnes éligibles obtiennent effectivement une place habilitée à l'aide sociale. En fonction du statut juridique de l'Ehpad, l'effort est inégalement réparti : 12 % des places des établissements privés, seulement, sont habilitées.

Si nous ne pouvons pas, comme nous le souhaitons, mettre un terme à la forme des Ehpad privés lucratifs en les intégrant dans le secteur public ou non lucratif, il faut du moins exiger un taux minimum d'habilitation. Nous proposons, par cet amendement de repli, de le fixer à 50 %. Cela n'est pas excessif, dans la mesure où les établissements publics habitent déjà 98 % de leurs places et les établissements privés associatifs 81 % de leurs places.

Mme la rapporteure. Votre exposé sommaire exprime clairement votre objectif : « *mettre un terme à la forme des Ehpad privés à but lucratif en les intégrant dans le secteur public ou non lucratif* ». Je ne pense pas que le débat puisse se poser dans ces termes. Je suis convaincue que nous avons besoin de tous les établissements, y compris sous statut privé lucratif, pour accompagner nos aînés. L'adoption d'un tel amendement, même de repli, entraînerait un bouleversement de notre modèle, de surcroît sans concertation avec les conseils départementaux et donc au mépris du principe de libre administration des collectivités.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Vous savez que cet amendement ne vise aucunement à faire disparaître les Ehpad privés. Puisque tout ce que vous lui reprochez est cette phrase de l'exposé sommaire, nous serons ravis de la supprimer pour obtenir un avis favorable en séance.

Mme Monique Iborra (RE). On sait très bien que l'aide sociale fonctionne mal et que ses modalités ne correspondent plus du tout aux objectifs initiaux. Mais on n'a jamais obtenu de la part des conseils départementaux qu'ils se penchent sur cette question. Rien ne sert de vouloir modifier le nombre de places habilitées ou toute autre disposition de l'aide sociale : il faut la restructurer complètement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS84 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Madame la rapporteure, je rends hommage, avec cet amendement, à votre travail dans la mission « flash » sur la gestion financière des Ehpad. Avec Jeanine Dubié et Pierre Dharréville, vous avez proposé d'étudier l'impact d'une régulation des tarifs d'hébergement. Nous proposons, ici, d'habiliter le président du conseil départemental à plafonner les tarifs d'hébergement dans les Ehpad de son département.

Plafonner les tarifs, ce n'est pas attenter à la liberté du commerce et de l'industrie, mais faire en sorte que les prix ne soient pas déraisonnables. J'espère que vous aurez l'audace de mettre en œuvre cette mesure que Michèle Delaunay a beaucoup défendue. Si tel n'était pas le cas, considérez que cela pourrait être un des chantiers à ouvrir à l'occasion de la très attendue loi sur le grand âge et l'autonomie.

Au passage, je tiens à exprimer ma surprise qu'aucun des parlementaires n'ait été convié, hier, au lancement du Conseil national de la refondation (CNR) sur

le bien vieillir. Cela me semble révélateur d'un léger problème de coproduction : comment imaginer qu'on puisse élaborer, pour le printemps prochain, une stratégie sans inviter les parlementaires qui ont été, comme les missions « flash » en attestent, force de proposition ?

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je partage votre point de vue. Les parlementaires doivent être associés aux CNR territoriaux.

Mme la rapporteure. Notre proposition se limitait à étudier l'impact d'un tel plafonnement, car il serait susceptible de provoquer un bouleversement de notre modèle, en remettant en question la place des Ehpad commerciaux.

Avis défavorable, à ce stade.

Mme Monique Iborra (RE). Encadrer seulement les prestations relatives à l'hébergement est peut-être un peu léger, mais cela donne une direction. En tout état de cause, il faut baisser le reste à charge, qui est la première préoccupation des résidents et de leurs familles.

M. Philippe Vigier (Dem). Pour avoir lu le rapport de la mission « flash » et en avoir discuté avec Jeanine Dubié, j'estime que les questions qui y sont soulevées doivent être traitées. Nous avons tous été édifiés par l'audition de Victor Castanet et nous sommes convaincus qu'il faut, à un moment donné, envoyer des signaux. On imagine l'onde de choc que cela produira sur les opérateurs mais il ne faut pas qu'ils imaginent que c'étaient des avertissements sans lendemain.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS85 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement n'est pas directement lié à l'affaire Orpea. Nous proposons d'habiliter le président du conseil départemental à fixer les tarifs d'hébergement en prenant en compte les revenus des résidents. Certains opérateurs, comme le Groupe SOS, tentent d'introduire une tarification modulée par le biais de conventions d'aide sociale – une base légale dont la solidité peut poser question.

Une telle mesure ne s'entend que dans le cadre d'une refonte globale du modèle des Ehpad et si elle se trouve adossée à une prestation unique rassemblant toutes les aides à la solvabilisation – allocation personnalisée d'autonomie, crédit d'impôt, aides personnalisées au logement, aide sociale à l'hébergement – comme c'est le cas pour les crèches.

Mme la rapporteure. C'est une question tout à fait pertinente. On sait bien que le niveau du reste à charge, qui est de 1 850 euros en moyenne, demeure élevé et met en difficulté nombre de nos concitoyens. Je ne nie pas qu'il faille s'attaquer à ce chantier, mais dans le cadre d'une réflexion globale sur le modèle, qui inclurait aussi les services à domicile, les résidences autonomie et l'habitat inclusif. Ce sujet est devant nous.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Vous avez raison de dire que le débat doit prospérer, mais nous l'avons entamé il y a un certain temps et il faudrait désormais qu'il débouche sur des décisions ! Quand, si ce n'est à l'occasion du PLFSS ? L'urgence est tangible pour les familles qui se mettent en difficulté afin d'assurer l'hébergement d'un parent.

Cet amendement est une pièce du puzzle. Sans doute faut-il une refonte globale, qui suppose aussi de s'interroger sur les différents modèles à but lucratif et non lucratif. Que peut faire notre assemblée, madame la rapporteure, pour qu'il se passe enfin quelque chose ?

Mme Claire Guichard (RE). On pourrait s'inspirer du statut des crèches, qui sont de plus en plus nombreuses à être en délégation de service public (DSP), installées dans un bâtiment appartenant à la ville, pour lequel elles paient une redevance. Ce ne sont pas les collectivités qui gèrent, mais les directeurs de crèche. Le service est bien rendu et il revient moins cher à la collectivité. Quant au tarif, il est fixé en fonction de différents coefficients. Dans le même esprit, les contrats enfance jeunesse, passés entre la collectivité et la caisse d'allocations familiales, pourraient aussi servir de modèle.

Mme la rapporteure. Je suis d'accord, il faut finir par avancer. Mais vous m'accorderez qu'un tel amendement ne peut être adopté sans qu'il y ait eu concertation avec les collectivités, qui sont les financeurs. Les revenus me paraissent effectivement un indicateur pertinent pour fixer les tarifs, mais nous ne pouvons pas prendre de décision avant de connaître l'impact de la mesure sur les dépenses des départements.

M. Nicolas Turquois (Dem). Il faut être prudent lorsqu'on prend les revenus comme critère. Rappelez-vous la polémique qui a éclaté lorsqu'on a fixé pour la contribution sociale généralisée un seuil à 2 000 euros : cela renvoyait l'idée qu'au-delà, les revenus étaient considérés comme élevés. En adoptant cette mesure, on renverrait l'idée qu'on considère que les 20 ou 30 % des Français les plus aisés ont de hauts revenus et qu'ils peuvent se permettre de payer leur hébergement ou celui de leurs parents. Or nos concitoyens sont nombreux à s'interroger sur le niveau de la protection sociale ; beaucoup ont l'impression d'être contributeurs, jamais bénéficiaires. Sans sous-estimer le problème, je vous invite à la circonspection.

M. Elie Califer (SOC). Une précision : lorsque les crèches sont en DSP, il reste quand même un delta à payer pour la commune.

Mme Claire Guichard (RE). Pour bien connaître le système, je puis vous assurer que les crèches en DSP versent une redevance pour l'occupation des locaux et qu'elles pratiquent les tarifs fixés par la commune. Les crèches privées peuvent, elles, « vendre » moins cher un certain nombre de berceaux à la ville et tirer leurs bénéfices de la mise à disposition, dans le secteur privé, des autres places. Tout cela

s'organise dans un cahier des charges. Il faut vraiment réfléchir à ce modèle pour le troisième âge.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS87 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Comme l'a préconisé la mission « flash », il convient d'imposer le report sur l'exercice suivant des excédents éventuels réalisés sur les forfaits soins et dépendance. Jusque-là, et dans le meilleur des cas, les gestionnaires proposaient d'utiliser l'excédent d'une dotation soins pour financer un autre projet ; dans le pire des cas, ils le détournent...

Mme la rapporteure. L'article 32 prévoit que les excédents pourront être repris, mais au terme de la durée du CPOM, et s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif de l'établissement. Avec cet amendement, vous faites disparaître le principe général de libre affectation des résultats par le gestionnaire, quel que soit son statut, qui est une des avancées permises par le CPOM.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). Cela part d'une bonne intention, mais les intentions sont toujours difficiles à mettre en pratique.

Je vous rappelle que l'ARS et le conseil départemental demandent chaque année aux Ehpad publics les conditions des reports. Il arrive même que les tarifs des journées soient notifiés en septembre, pour l'année n-1, ce qui oblige les gestionnaires à effectuer un triple salto arrière pour équilibrer les comptes. Dans ce cas, les provisions sont bienvenues : cela évite d'augmenter soudainement les tarifs de 30 %.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il y a quand même une différence notable entre les établissements dont vous parlez, monsieur Vigier, et les Ehpad à but lucratif que nous visons ! Lorsqu'une aide publique est versée, elle ne doit pas aller augmenter les « bénéf », *a fortiori* lorsque l'argent public vient à manquer. Nous voterons cet amendement, c'est une mesure de salubrité publique.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS528 de M. Olivier Serva.

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

Mme la rapporteure. Cet amendement vise à attribuer des crédits supplémentaires à certains territoires, notamment outre-mer. Les raisons sont légitimes mais il existe déjà des mécanismes, notamment des tarifs planchers, qui permettent de prendre en compte les spécificités de ces territoires.

Avis défavorable ?

M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES). Il faudra bien un jour traiter la question de la révision des coefficients géographiques. Je rappelle que ces coefficients sont appliqués dans certaines régions, l'Île-de-France, la Corse et les départements et territoires d'outre-mer, pour tenir compte du surcoût des équipements, qu'il s'agisse de leur acquisition, de leur fonctionnement ou de leur durée de vie.

Il ne faut pas oublier qu'en Martinique, les fonctionnaires sont payés 40 % plus cher et que les établissements sont structurellement déficitaires. Quelque part, le déficit est organisé : il ne faut pas s'étonner, ensuite, qu'une épidémie comme celle du covid débouche sur une hécatombe ! Les établissements, aussi bien dans le milieu hospitalier que dans le milieu médico-social, sont à l'agonie. Je comprends que cela soit prématuré dans le cadre du PLFSS, mais il faudra bien définir à partir de quel niveau les coefficients géographiques permettent d'assurer la « solvabilité » des établissements. Je voterai cet amendement.

M. Elie Califer (SOC). En Guadeloupe, quand vous achetez un IRM, il coûte beaucoup plus cher, à cause du transport ; pour la maintenance, il faut faire venir quelqu'un, lui payer son séjour, attendre la pièce ; sans compter maintenant l'inflation galopante et le prix de l'énergie. C'est intenable. Faut-il revenir sur l'hécatombe que nous venons de connaître ? Si les hôpitaux avaient eu les moyens structurels de tenir le coup, s'ils avaient disposé de respirateurs, s'ils avaient été à niveau, nous n'aurions pas eu plus de 1 000 morts !

Cela fait trop longtemps que les coefficients géographiques n'ont pas été révisés. Il devient urgent de regarder les choses en face et de donner aux hôpitaux des outre-mer et des autres régions concernées les moyens d'assurer une offre de soins continue. Il a fallu que j'explique au Président de la République, lors de sa visite, que notre centre hospitalier universitaire n'arrivait pas à acheter de lait infantile : son déficit est tellement abyssal que le fournisseur ne vient plus !

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). Oui, il faut passer aux actes ! Le Président de la République s'est engagé, lors d'une rencontre avec les parlementaires des outre-mer, en début d'année, à réviser les coefficients géographiques dans le cadre de ce PLFSS. Leur niveau n'a pas été révisé depuis plus de onze ans, alors que les coûts ont littéralement explosé. Pour les hôpitaux de La Réunion, le manque à gagner est de 15 à 20 millions d'euros.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Malgré les promesses, les coefficients géographiques n'ont pas été révisés. Cela aurait pourtant permis aux établissements de santé de faire face à leurs déficits structurels.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS533 de M. Paul-André Colombani.

Amendement AS74 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous proposons, par cet amendement d'appel, que le Gouvernement remette un rapport sur la prise en compte des actions de prévention dans les forfaits soins des Ehpad. En effet, on fait supporter aujourd'hui aux résidents des dépenses qui relèvent manifestement de la prévention et pourraient être financées par le forfait soins, comme des actions de lutte contre la dénutrition ou la présence d'animateurs qui permettent le maintien du lien social et luttent contre la perte d'autonomie.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS94 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous demandons, là encore, un rapport qui rendrait compte précisément des moyens humains dédiés au contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux dans les ARS et les départements. Les chiffres sont en effet très variables.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Comme cela a été annoncé en mars, 100 équivalents temps plein supplémentaires vont être affectés aux missions de contrôle des 7 500 Ehpad.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Madame la présidente, j'émet le vœu qu'en séance, nous puissions discuter des amendements demandant des rapports lors de l'examen des articles auxquels ils se rapportent. Cela rendrait les débats plus intéressants.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Il est vrai que ces amendements sont généralement regroupés à la toute fin de la lecture du texte. Je dois dire, cependant, que « trop de rapports tue le rapport ». Par ailleurs, cet exercice mobilise de nombreuses personnes : il ne faut pas se plaindre ensuite que les cabinets ministériels emploient trop de monde !

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS151 de M. Patrick Hetzel.

M. Yannick Neuder (LR). Il arrive que de petits épargnants ayant investi dans l'achat de chambres d'Ehpad se trouvent spoliés lorsque les promoteurs exploitants transfèrent les activités médico-sociales, et l'autorisation d'exploitation, dans un nouvel établissement : ils donnent congé aux propriétaires épargnants dès l'expiration du bail commercial, et le bien dans lequel ils ont investi perd alors toute sa valeur.

Nous proposons qu'un rapport étudie la possibilité d'encadrer les activités financières et immobilières des Ehpad.

Mme la rapporteure. Nous avons adopté précédemment l'amendement AS146 de M. Hetzel pour permettre aux autorités de tarification et de contrôle de bloquer un transfert d'activité au cas où les intérêts des petits épargnants seraient spoliés. Je vous invite à retirer l'amendement puisqu'il est satisfait.

L'amendement est retiré.

Amendements AS76, AS104 et AS77 de M. Jérôme Guedj, amendements identiques AS566 de Mme Josiane Corneloup et AS913 de Mme Isabelle Valentin, amendements AS1596 de M. Damien Maudet et AS1597 de Mme Caroline Fiat (discussion commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Mes trois amendements demandent eux aussi des rapports.

L'amendement AS76 concerne la définition d'un taux d'encadrement de personnel soignant en Ehpad, en s'inspirant éventuellement des ratios prévus pour l'hôpital.

Le rapport demandé par l'amendement AS104 évaluerait la réalité de l'augmentation des rémunérations des métiers prévue par le Ségur de la santé et les diverses mesures de revalorisation qui ont suivi, afin d'identifier ceux qui ont été oubliés.

Le rapport demandé par l'amendement AS77 concernerait l'attractivité des métiers du médico-social. Le rapport El Khomri de 2019 dressait un constat accablant. Certaines des mesures qu'il préconisait ont pu être appliquées. Le CNR consacrera, semble-t-il, une partie de ses travaux à ces sujets, aussi pouvons-nous espérer obtenir des informations.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS566 est défendu.

Mme Isabelle Valentin (LR). Mon amendement demande un rapport sur les mesures salariales prévues par le Ségur et les accords Laforcade afin de mesurer leurs conséquences sur l'attractivité du métier, les disparités induites entre secteur privé et public et les coûts supportés par les établissements et les services, mais aussi de dresser le bilan des financements versés par la CNSA et les ARS. En effet, le Ségur et les accords Laforcade sont à l'origine de nombreuses inégalités et d'un déséquilibre social au sein des établissements et entre les établissements.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Beaucoup d'agents de la fonction publique hospitalière sont exclus du Ségur de la santé au prétexte qu'ils travaillent dans des centres départementaux alors qu'ils percevraient les 183 euros supplémentaires s'ils étaient employés dans un hôpital.

Le Ségur de la santé a été lancé à la suite de la crise sanitaire pour revaloriser les salaires de ceux qui avaient pris le risque d'attraper le covid-19 pour protéger leur pays. J'ai rencontré dans ma circonscription une personne qui a été contaminée dans

l'exercice de son métier, a fait deux semaines d'hôpital, a souffert d'un covid long durant un an et demi. Elle travaille depuis dix-sept ans dans un centre départemental de l'enfance et gagne 1 600 euros mais n'a pas bénéficié du Ségur de la santé. Cette injustice fait naître un sentiment de frustration. Nous devons cette reconnaissance à toutes les personnes qui ont joué un rôle essentiel durant cette crise.

Mme la rapporteure. Je comprends bien votre intention politique. Les accords du Ségur, les accords Laforcade et l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile ont permis de revaloriser les salaires de différentes catégories de personnels. Les négociations se poursuivent dans le secteur social et médico-social pour rapprocher les deux principales conventions collectives, celle du secteur des établissements privés à but non lucratif, dite convention 51, et celle du secteur du handicap, dite convention 66. C'est à cette seule condition que nous pourrions revaloriser de façon uniforme les salaires de l'ensemble des personnels, y compris les personnels-ressource et les personnels administratifs qui ont, pour le moment, le sentiment d'avoir été oubliés.

Les revalorisations successives n'ayant pas encore produit tous leurs effets, les négociations n'ayant pas abouti, un rapport serait prématuré. Surtout, il faut se pencher sur la question plus large de la gouvernance de ce secteur. En effet, les personnes qui travaillent auprès des personnes âgées ne bénéficieront pas des mêmes mesures de revalorisation selon qu'elles travaillent dans un établissement ou à domicile car elles ne dépendent pas des mêmes autorités de tarification et de contrôle.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je regrette cet avis défavorable car le rapport proposé par M. Maudet présente un intérêt indéniable. Les accords du Ségur ont conduit à des inégalités de traitement, parfois au sein même d'un service. Même si le périmètre des mesures a été progressivement étendu, les oubliés restent nombreux. Je reçois régulièrement des personnels confrontés à des situations incompréhensibles, à l'origine de nombreuses tensions dans les équipes. Il serait donc temps de dresser le bilan des mesures prises, d'autant plus que certaines prêtent à discussion, en particulier quand on reconnaît la pénibilité ou la qualification des uns mais pas des autres. Un rapport nous permettrait de prendre les mesures qui s'imposent.

M. Thibault Bazin (LR). Nous savons tous que le dispositif est lacunaire. À cet égard, la réponse du ministre Jean-Christophe Combe, pourtant connu pour son humanité, m'a étonné de par sa fermeté. Nous sommes bien d'accord pour lui laisser le temps de s'organiser mais pourquoi ne pas nous inspirer des mesures prises à la suite de l'adoption de l'avenant 43 qui revalorisait les salaires des personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile ? Pour compenser les surcoûts engendrés pour les départements, nous leur avons accordé des moyens supplémentaires.

En l'espèce, les structures sont financées par l'État, les départements, les communes. Plutôt que de renvoyer la responsabilité aux employeurs et aux collectivités locales, nous devrions tous nous réinstaller autour de la table. La commission des affaires sociales pourrait profiter du Printemps social de l'évaluation pour engager une véritable expertise, quitte à s'appuyer sur la Cour des comptes. Il ne s'agit pas de remettre en cause les décisions prises mais de créer un modèle cohérent qui ne conduise pas à des injustices entre les structures ou les métiers. Cela nous aiderait certainement à prendre les décisions qui conviennent dans le prochain PLFSS.

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Sachez que ces agents de la fonction publique hospitalière exclus du Ségur pour la simple raison qu'ils travaillent dans des centres départementaux ne sont pas plus de 3 000. C'est d'ailleurs sans doute pour ce motif qu'ils ont été oubliés... Revaloriser leur salaire ne coûterait pas beaucoup à l'État. En revanche, 183 euros de plus quand on gagne 1 600 ou 1 800 euros, cela change la donne.

Nous sommes contraints de camoufler cette revendication derrière une demande de rapport pour ne pas tomber sous le coup de l'article 40. Je vous invite à adopter cet amendement pour inciter le Gouvernement à prendre des mesures en séance. Il n'est pas normal qu'à statut similaire, certains bénéficient de la revalorisation et d'autres non. La même question se posera pour les personnels du secteur social et médico-social qui ont fait tourner le pays, eux aussi, durant la pandémie.

M. Philippe Vigier (Dem). Je ne pense pas que le rapport soit le bon outil mais je partage l'inquiétude de M. Thibault Bazin. Il y a une rupture d'égalité. Les personnels administratifs ont été les grands oubliés du Ségur alors qu'ils ont été largement mobilisés durant la pandémie, aux côtés des personnels médicaux et paramédicaux.

Peut-être une mission transpartisane pourrait-elle apporter des réponses. Nous avons adopté des amendements issus des préconisations d'une mission « flash » : c'est bien la preuve que notre commission peut faire avancer les choses.

M. Éric Alauzet (RE). Peu à peu, nous nous sommes éloignés de l'objectif des premières mesures de revalorisation salariale. Il s'agissait à l'origine de reconnaître les risques pris par les soignants, qui étaient en contact avec les malades sans protections et accumulaient les heures sans prendre de repos. Tout naturellement, tous ceux qui travaillaient à leurs côtés se sont demandé pourquoi ils n'y auraient pas droit. Et maintenant, des gens de bien d'autres secteurs y prétendent aussi ! Leur demande est légitime, mais les considérer comme des « oubliés » du Ségur serait exagéré. J'ai bien compris toutes les utilisations qui pouvaient être faites de la situation au plan politique, et l'effet de levier qu'elle confère, mais je trouve tout cela très confus et, pour tout dire, pas très sain.

Mme Isabelle Valentin (LR). La situation est très tendue entre les établissements. Les personnels du secteur médico-social ne supportent plus de gagner 1 350 euros par mois pour travailler les samedis et les dimanches. À la première occasion, ils changent de poste. Or, nous n'avons pas les moyens de perdre du personnel médical ou médico-social ; nous avons besoin de tout le monde. Que ce soit par l'intermédiaire d'une mission « flash » ou d'un rapport, nous devons trouver des solutions. Nous sommes prêts à modifier la rédaction de nos amendements, si vous avez une meilleure idée, mais il faut avancer.

Mme Annie Vidal (RE). Ce type de sujet est parfaitement dans les attributions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Je suggère que cette thématique soit proposée aux deux coprésidents dès la réunion constitutive.

Mme la rapporteure. Je suis d'accord.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1629 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. À mon tour, je demande un rapport... En raison de la transition démographique qui arrive comme un mur devant nous, il faut se demander si les médecins coordonnateurs ne pourraient pas être des médecins traitants dans les Ehpad, avec l'accord des résidents. C'est assez complexe. Nous avons déjà assoupli la loi en 2019 pour que le médecin coordonnateur puisse prescrire des traitements en cas d'urgence ou quand le médecin traitant n'est pas disponible. Il me semble crucial d'étudier ce sujet pour répondre aux besoins qui vont s'aggraver dans les années qui viennent.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

M. Thomas Mesnier (HOR). Cette proposition est récurrente, et pose divers problèmes. Que devient le libre choix du médecin traitant pour le résident en Ehpad ? Le médecin coordonnateur ne deviendrait-il pas tout naturellement le médecin de l'établissement ? Le sujet est sensible et je suis d'accord pour que nous poursuivions notre réflexion, éventuellement en nous appuyant sur un rapport.

M. Thibault Bazin (LR). Si l'on décide de ne pas abuser des demandes de rapport, Mme la rapporteure générale doit montrer l'exemple. Cela étant dit, ceux qui, parmi nous, siègent au conseil d'administration d'une maison de retraite savent que le rôle du médecin coordonnateur est très prenant. Il me semble qu'en l'espèce, une mission prospective serait plus utile qu'un rapport. Ce n'est pas le Gouvernement qui pourra nous expliquer le fonctionnement d'un Ehpad. Nous devons visiter plusieurs établissements, rencontrer les associations qui représentent les médecins coordonnateurs mais aussi les cadres de santé ou les directeurs. Je pense que nous pourrions mener cette mission à bien sans l'intervention du Gouvernement.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). D’aucuns poussent cette proposition pour gérer la pénurie de médecins. Je ne pense pas que ce soit une solution. Mais au-delà, je me demande combien de demandes de rapports la majorité est prête à accepter dans ce PLFSS : s’il n’y en a qu’un et que c’est celui-ci, cela posera vraiment problème.

Mme Monique Iborra (RE). En 2017, la commission des affaires sociales a lancé une mission d’information sur les Ehpad, dont j’étais corapporteur. Nous avons constaté qu’il manquait un médecin coordonnateur dans environ 30 % des Ehpad – la situation ne s’est guère améliorée depuis. D’autre part, les médecins coordonnateurs n’avaient pas de pouvoir de prescription ; du reste, ils ne le demandaient pas car ils préfèrent limiter leur temps de présence pour pouvoir exercer leur mission dans plusieurs établissements. Aujourd’hui encore, l’une des deux associations qui les représentent n’est pas favorable à l’attribution de ce pouvoir. Or les Ehpad souffrent d’un manque criant de médecins. On tourne autour du pot mais il faudra bien arriver, un jour ou l’autre, à salarier des médecins dans ces établissements.

Mme la rapporteure générale. Je retire mon amendement, dans l’optique de réfléchir au sein de la commission à la meilleure façon de progresser, en créant une mission ou en auditionnant des professionnels. Des accords sont possibles entre nous, car nous sommes guidés par un seul intérêt, celui du patient.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous pourrions constituer des groupes de travail pour poursuivre le travail au-delà de l’examen du PLFSS.

L’amendement est retiré.

Article 33

Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile

Amendements AS1093, AS1094, AS1095, AS1096 et AS1097 de M. Matthieu Marchio (présentation commune).

M. Matthieu Marchio (RN). L’amendement AS1093 tend à préciser le fonctionnement du nouveau système de tarification des soins à domicile en attachant une date limite de trente jours avant l’échéance de tarification à la transmission des données par les services d’accompagnement. Il s’agit d’éviter que les données soient transmises trop tard et de s’assurer ainsi de l’effectivité du système.

L’amendement AS1094 vise à imposer cette même échéance aux départements.

L’amendement AS1095 permet l’abrogation automatique d’une disposition après son expiration en 2024.

L'amendement AS1095 vise à remplacer l'injonction par une mise en demeure, notion juridique plus claire et favorisant mieux la transparence.

Quant à l'amendement AS1097, il laisse aux services autonomie à domicile un délai de trois jours pour transmettre les données nécessaires à l'évaluation de la tarification. C'est raisonnable, puisqu'ils disposent déjà de ces données.

Mme la rapporteure. S'agissant des amendements portant sur les délais, sur la forme, ils sont du niveau réglementaire. Sur le fond, un délai de trente jours dans un cas et de trois jours dans l'autre me semble de nature à mettre les services d'aide à domicile dans une situation très difficile.

La mise en demeure, quant à elle, est prévue par le code civil pour des rapports de particulier à particulier. En l'espèce, elle est donc moins pertinente que l'injonction.

Avis défavorable à tous ces amendements.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS53 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). L'amendement vise à adosser les financements complémentaires accordés aux services autonomie à domicile à des critères de qualité de la prise en charge tels que l'état de santé physique et mentale des personnes accompagnées, leur classement GIR (groupe iso-ressources) et la réalisation de prestations dans des plages horaires spécifiques – week-end et vacances scolaires notamment.

Mme la rapporteure. Un décret en Conseil d'État est en cours de préparation.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendements AS52 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement tend à subordonner le versement de financements complémentaires aux services autonomie à domicile à la signature d'un CPOM. On me répondra que cela pénalisera ceux qui n'en sont pas dotés, mais si l'on tient vraiment le CPOM pour le moyen d'assurer la qualité et l'évaluation, il faudra bien un jour arrêter d'accepter que certains services n'en concluent pas.

Mme la rapporteure. Je comprends votre intention mais la mesure pèserait effectivement sur le financement de ces services.

M. Thibault Bazin (LR). L'idée va dans le bon sens, mais il faut savoir que ces services sont souvent demandeurs d'un CPOM et attendent parfois des années

que l'autorité de tutelle, à savoir l'ARS ou le département, en réunissent les conditions. Des établissements pourtant bien gérés pourraient en être lourdement pénalisés.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'article 33 **non modifié**.*

7. Réunion du mercredi 12 octobre 2022 à 21 heures 15 (après l'article 33 à article 52)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12286837_63471037a4e80.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022

Mme la présidente Fadila Khattabi. Nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023. Nous avons examiné 556 amendements depuis lundi et il nous en reste 121.

Article additionnel après l'article 33

Harmonisation d'un changement de terminologie

Amendements identiques AS874 de M. Thibault Bazin et AS1092 de M. Matthieu Marchio.

M. Thibault Bazin (LR). Cet amendement rédactionnel vise à harmoniser le changement de terminologie prévu par l'article 33 du présent PLFSS.

Au 1° de l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, les mots : « les dotations définies » sont remplacés par les mots : « la dotation globale de soins définie ».

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1092 est défendu.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie. Avis favorable.

*La commission **adopte** les amendements.*

Après l'article 33

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission **rejette** l'amendement AS782 de Mme Marie-Charlotte Garin.*

Amendement AS873 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit de généraliser la forfaitisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en en faisant une caractéristique propre, sans la conditionner à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Mme la rapporteure. Je comprends votre intention, mais une telle disposition pourrait constituer une charge pour les départements.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 33

Anticipation de la remise du rapport du Gouvernement au Parlement dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national visant à consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Amendement AS1286 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal (RE). Il s'agit, non pas de demander un rapport, mais de hâter la remise d'un rapport dont le principe a déjà été accepté.

L'année dernière, le tarif plancher national pour les interventions des services d'aide à domicile a été revalorisé et il s'est établi désormais à 22 euros de l'heure.

La loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie garantit le principe du libre choix du mode d'intervention de la tierce personne à domicile. Le bénéficiaire de cette prestation peut choisir entre trois modes d'intervention pour être accompagné à son domicile : le prestataire et les modes d'intervention encadrés par le secteur de l'emploi à domicile qui sont l'emploi direct et le mandataire.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) mandataires jouent un rôle essentiel entre le bénéficiaire et son employé. En conséquence, et afin de permettre, lors de l'accès à l'APA, le recours au mandataire ou encore le maintien de l'accompagnement, il semble nécessaire de définir un tarif de référence APA. Un rapport doit être remis au Parlement à ce sujet le 1^{er} janvier 2024.

L'entrée en vigueur de l'avance immédiate du crédit d'impôt pour les bénéficiaires de l'APA ou de la prestation de compensation du handicap dès l'année 2023 pose la question de l'intégration de l'emploi direct à domicile et mandataire dans un tarif national. Il paraît donc essentiel que le rapport soit remis dès le début de l'année 2023, et non en 2024, pour que nous puissions prendre des décisions éclairées sur la pertinence de mettre en place ce tarif de référence pour l'emploi à domicile en emploi direct.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement.

Article 34

Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile

Amendement AS16 et AS15 de M. Jérôme Guedj (présentation commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 34 constitue l'une des principales avancées du PLFSS sur la question du grand âge et de l'autonomie, avec celle relative au contrôle des Ehpad, puisqu'il introduit un temps dédié à l'accompagnement et au lien social pour les personnes âgées.

Les objectifs et les modalités de mise en œuvre de cet article restent toutefois assez flous. Son entrée en vigueur, d'ailleurs, n'est prévue qu'à compter du 1^{er} janvier 2024, comme si vous deviez encore réfléchir à la manière de le concrétiser – je crois savoir que les départements n'ont pas vraiment pris part à la coconstruction du dispositif.

Dans l'exposé des motifs, on lit que ce temps consacré à l'accompagnement et au lien social pourra contribuer à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées, à repérer les fragilités et à lutter contre l'isolement social des personnes plus vulnérables. Il faudra se donner les moyens d'atteindre ces objectifs – mais c'est un débat que nous devons avoir avec les ministres concernés.

Si l'on veut réellement lutter contre l'isolement et repérer les fragilités, on ne peut pas s'appuyer sur les seules équipes médico-sociales de l'APA, car on risque de passer à côté de notre cible. C'est pourquoi je propose, avec l'amendement AS16, que l'on s'appuie également sur les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les bailleurs sociaux, qui sont susceptibles de signaler des personnes en perte d'autonomie.

Le problème de cet article, tel qu'il est conçu, c'est qu'il vise essentiellement des personnes déjà connues et identifiées, alors même qu'il entend repérer des personnes isolées et fragiles : c'est contradictoire. Il importe « d'aller vers » et les CCAS peuvent nous être très utiles pour mener cette politique locale de lutte contre l'isolement.

J'en viens à mon amendement AS15, qui est un peu différent, mais qui vise aussi à résoudre la contradiction que je viens de souligner. Je propose de dénaturer un peu la mesure qui est proposée en ciblant, dans une logique de prévention de la perte d'autonomie, les personnes classées en groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6, c'est-à-dire celles qui sont plutôt accompagnées par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, au titre de l'aide ménagère.

Il importe vraiment de préciser la manière dont vous entendez mettre en œuvre le dispositif, si vous voulez que les départements s'y retrouvent. Sinon, ils risquent de capter une partie du financement, sans le dédier à l'objectif affiché.

Mme la rapporteure. L'article 34 a un double objectif. D'une part, il prévoit jusqu'à deux heures de temps dédié à l'accompagnement et au lien social pour rompre l'isolement des personnes âgées. D'autre part, il formalise ce temps que les aides à domicile passent déjà souvent à discuter avec les personnes âgées. C'est une manière de reconnaître la réalité de leur travail et de le valoriser, en lui accordant

deux heures. Il est bien précisé dans l'article que ces heures ne sont pas prises sur le plan d'aide, mais qu'elles s'y ajoutent, « le cas échéant, au-delà du plafond ».

Il s'agit aussi d'améliorer les conditions de travail de ces professionnels. Avec ces deux heures supplémentaires, on limite les temps partiels subis et on réduit les fameux temps d'intervention fractionnés qui sont très contraignants. Si nous avons décidé d'une entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2024, c'est précisément pour prendre le temps de construire cela avec les départements.

Je suis défavorable à l'amendement AS16, parce qu'il restreint le dispositif, en faisant de l'intervention des CCAS une condition *sine qua non*. L'amendement AS15, quant à lui, dénature effectivement la mesure – vous l'avez vous-même reconnu – en l'étendant aux personnes classées en GIR 5 et 6.

M. Philippe Vigier (Dem). Certaines personnes ne seront proposées ni par les CCAS, ni par les bailleurs, et il faudra aussi les identifier. Votre amendement est effectivement un peu restrictif.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS1102 de M. Matthieu Marchio et AS1198 de M. Olivier Falorni.

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1102 est défendu.

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement AS1198 est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette les amendements.

Amendement AS531 de Mme Sandrine Rousseau.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). L'article 34 propose de consacrer un temps, pouvant aller jusqu'à deux heures par semaine, dédié à l'accompagnement et au lien social, au bénéfice des personnes âgées.

En proposant que ce temps social soit animé par des professionnels non soignants dédiés à l'animation, nous souhaitons attirer votre attention sur la difficulté qu'ont les aides à domicile à remplir leur mission, en particulier en matière d'accompagnement et de lien social. Nous soutenons la logique de la création de ce temps de lien social, qui est absolument indispensable pour le bien-être des personnes âgées, souvent isolées. Toutefois, faute de moyens complémentaires, il nous semble problématique d'exiger, *via* cet article, une nouvelle surcharge de travail pour ces aides à domicile, qui sont déjà débordées.

Nous devons, soit donner les moyens nécessaires aux aides à domicile pour effectuer leur travail d'accompagnement jusqu'au bout, en augmentant leurs effectifs et leurs salaires et en revalorisant ce métier, soit confier cette mission à des professionnels non soignants, dédiés à l'animation. Cela permettra aussi que les

heures de sociabilité ne deviennent pas, par manque de temps, des extensions d'heures de soins, au sens large – hygiène, repas – et qu'elles soient sanctuarisées.

Mme la rapporteure. Vous attirez notre attention sur le risque de voir ces deux heures se transformer en heures dédiées aux soins, mais il est précisé à l'alinéa 1 que ces deux heures s'ajouteront au plan d'aide, « le cas échéant au-delà du plafond ». Par ailleurs, votre amendement restreindrait la portée du dispositif, puisqu'il ne s'appliquerait plus à l'ensemble des professionnels qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1298 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal (RE). Dans le même esprit que mon amendement précédent, je propose, après le mot « autonomie », d'insérer les mots : « en proposant l'ensemble des modes d'intervention existants ». Il s'agit de s'assurer de l'intégration de l'emploi direct à domicile et mandataire dans le dispositif introduit à l'article 34 et de garantir le libre choix du mode d'intervention de la tierce personne.

Mme la rapporteure. Je vous invite à retirer cet amendement, car il est satisfait. Dans la mesure où ces heures seront proposées au moment de l'évaluation APA, en amont du choix du mode d'intervention, l'ensemble des SAAD autorisés et mandataires seront concernés, ainsi que l'emploi direct.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1070 de M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cet amendement est sensiblement le même. Il s'agit à la fois de clarifier le contenu de ces deux heures de lien social et, surtout, de s'assurer que le bénéficiaire pourra choisir librement son mode d'accompagnement.

Mme la rapporteure. Même avis, pour les mêmes raisons.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1618 de M. Olivier Falorni.

M. Philippe Vigier (Dem). À l'alinéa 10, nous proposons de substituer aux mots : « au lien social », les mots : « à la participation à la vie sociale », ce qui est plus large.

Cet article prévoit de consacrer un temps dédié à l'accompagnement au lien social pour les bénéficiaires de l'APA. Dans la perspective d'une politique de soutien

à l'autonomie, cet amendement vise à changer l'intitulé en le calquant sur le droit déjà ouvert aux bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Il me semble, à l'inverse, que la notion de « lien social » est plus large que celle de « participation à la vie sociale ». Le lien social désigne en effet l'ensemble des interactions d'un individu.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 34 non modifié.

Après l'article 34

Amendement AS1444 de M. François Ruffin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il s'agit d'inciter les départements à instituer un médiateur départemental, qui servirait d'intermédiaire entre les bénéficiaires de l'aide à domicile et les départements. Il serait chargé de gérer les problèmes susceptibles de se poser, d'expliquer certaines décisions et, surtout, d'optimiser la mise en place des aides à domicile. Cette optimisation permettrait aussi de réduire les coûts de l'aide à domicile.

Mme la rapporteure. Cet amendement et les quatre qui vont suivre ont déjà été déposés sur le précédent PLFSS. Ils sont tous issus du rapport d'information que M. François Ruffin a consacré, avec M. Bruno Bonnell, aux « métiers du lien ».

Vous proposez de conditionner l'application du tarif plancher à la mise en place d'un certain nombre d'actions par les départements. J'émettrai un avis défavorable sur vos cinq amendements puisque, dans les faits, cela reviendrait à restreindre cette mesure, qui a l'avantage de consolider le modèle économique des services à domicile.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1459 de M. François Ruffin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Nous proposons de financer l'établissement d'un diagnostic du domicile des bénéficiaires de l'aide à domicile, afin d'éviter les accidents de travail et les risques professionnels – en repérant, par exemple, la présence d'un animal susceptible de mordre l'aide à domicile.

Il s'agit à la fois de garantir la bonne santé des aides à domicile, mais aussi d'éviter les frais liés aux maladies et aux accidents professionnels.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1607 de M. François Ruffin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Nous proposons d'optimiser les tournées des aides à domicile, afin d'améliorer la qualité de leur travail, mais aussi de leur éviter des journées décausées, où elles passent une grande partie de leur temps dans les transports en commun ou dans leur voiture pour aller du domicile d'un bénéficiaire à un autre. L'idée est d'éviter que leur travail, du fait de cette mauvaise organisation, leur prenne la totalité de leur journée, pour un salaire de misère.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1608 de M. François Ruffin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Nous proposons d'octroyer aux aides à domicile une demi-journée de deuil, lorsque l'un des bénéficiaires qu'elles accompagnent depuis des mois, parfois des années, décède – je dis « elles », car les aides à domicile sont très majoritairement des femmes.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS1609 de M. François Ruffin.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il s'agit de professionnaliser l'activité d'aide à domicile en octroyant des formations aux personnes qui l'exercent, afin qu'elles puissent valider leurs acquis, mais aussi pour réduire les risques professionnels. Apprendre les bons gestes, cela évite de se blesser. Rappelons qu'en moyenne, les aides à domicile se retrouvent incapables de continuer à travailler au bout de huit ans d'activité. Cela coûte très cher à la sécurité sociale et il est très difficile pour elles de se reclasser. Une bonne formation est donc indispensable.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS100 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Dans le prolongement de la discussion que nous avons eue au sujet des médecins coordonnateurs, nous demandons que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur la mise en place d'une présence minimale d'infirmiers coordonnateurs dans chaque Ehpad. Il sera nécessaire que nous ayons, très prochainement, une réflexion beaucoup plus globale sur la médicalisation des Ehpad.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS123 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Pour prolonger le travail engagé, sous la précédente législature, par nos collègues Régis Juanico et Marie Tamarelle-Verhaeghe dans leur rapport sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique, nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'élargissement de la prescription de l'activité physique adaptée. Il s'agit de renforcer

la prévention en identifiant des sujets prioritaires, tels que la prévention des chutes ou le risque de dénutrition, par exemple.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Je rappelle que la loi visant à démocratiser le sport en France, adoptée le 2 mars dernier, élargit déjà le périmètre des prescripteurs de l'activité physique adaptée à tout médecin intervenant dans le cadre de la prise en charge, et étend son champ aux personnes souffrant d'une maladie chronique et présentant des facteurs de risque, et plus seulement aux patients souffrant d'une affection de longue durée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS126 de M. Jérôme Guedj.

M. Arthur Delaporte (SOC). Dans la même logique, nous demandons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation sur les dispositions votées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 sur le non-recours aux allocations sociales. Ce rapport évaluerait également l'opportunité d'automatiser le versement de ces allocations.

Comme le précisait en octobre 2020 la note d'étape du comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'un des leviers essentiels de baisse de la pauvreté est bien la lutte contre le non-recours aux prestations. Des études montrent que le taux de non-recours atteindrait 45 % pour les allocataires potentiels du revenu de solidarité active (RSA) et 60 % pour ceux de la complémentaire santé solidaire. Il faut prendre cette question à bras-le-corps.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

Nous sommes déjà résolument engagés sur cette question, puisque nous préparons la réforme de la solidarité à la source. Je rappelle d'ailleurs que l'amendement de notre collègue Christine Le Nabour, adopté dans le cadre de l'examen de 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 permis de lancer une expérimentation de « territoires zéro non-recours ». Elle va débiter au début de l'année 2023 et permettre de préparer cette réforme.

M. Arthur Delaporte (SOC). Vous dites que vous êtes déjà « engagés » dans la réforme. Pouvez-vous nous donner des précisions sur le calendrier de celle-ci ?

Mme la rapporteure. Je l'ai dit : l'expérimentation va démarrer en 2023 et la réforme devrait être votée en 2025.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS871 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement a instauré un tarif plancher national de 22 euros de l'heure, afin de consolider le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Nous demandons que le Parlement soit informé des effets de la mise en place de ce tarif plancher, afin qu'il puisse en tirer des conclusions éclairées.

Mme la rapporteure. Votre amendement est déjà satisfait. Il est déjà prévu que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur cette réforme et sur ses effets. La date de remise de ce rapport vient d'ailleurs d'être avancée d'un an, avec l'adoption de l'amendement AS1286 de Mme Annie Vidal.

Je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avons travaillé sur ces questions avec Annie Vidal et Josiane Corneloup au sein du groupe de travail « Longévité et autonomie ». J'ai cru comprendre qu'un amendement du Gouvernement doit permettre de régler la question de l'indexation du tarif plancher, qu'Annie Vidal avait elle-même soulevée au sein de ce groupe.

Mme Annie Vidal (RE). Il ne faut pas vendre la peau de l'ours avant de l'avoir tué, mais le groupe de travail « Longévité et autonomie » a eu une réunion avec le ministre sur ce sujet, qui en a acté le principe. Le Gouvernement déposera effectivement un amendement en séance. Si l'ensemble des membres du groupe en sont d'accord, nous pourrions déposer, au nom du groupe, un amendement identique à celui du Gouvernement, lorsqu'il nous aura été transmis.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS872 de M. Sébastien Peytavie.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Le PLFSS 2022 a institué une dotation consacrée à des actions visant à apporter du soutien aux aidants, à lutter contre l'isolement social et à améliorer la qualité de vie au travail des aides à domicile. Nous vous proposons d'en faire une évaluation.

Mme la rapporteure. Cela me semble un peu prématuré. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Article 35 : *Assurer pour l'habitat inclusif la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée*

La commission adopte l'article 35 non modifié.

Après l'article 35

Amendement AS1396 de Mme Laurence Cristol.

Mme Laurence Cristol (RE). Le Gouvernement vient d'annoncer une nouvelle stratégie nationale Agir pour les aidants, lesquels sont au nombre de 11 millions dans notre pays. De nombreuses études montrant que leur état de santé physique et mentale est dégradé, je vous propose de créer un parcours d'accompagnement passant notamment par la prise en charge d'une consultation médicale spécifique.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pouvant déjà cofinancer des actions de formation, de sensibilisation et de soutien des proches aidants à travers deux leviers financiers : son budget d'intervention pour les actions d'accompagnement des aidants ; le concours « Autres actions de prévention » qu'elle verse aux départements.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1103 de M. Matthieu Marchio.

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1103 est défendu.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 35

Rapport du Gouvernement au Parlement sur le déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et d'hygiène

Amendement AS1630 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) visent prioritairement à appuyer les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des situations complexes liées à la prise en charge de personnes cumulant diverses difficultés. Alors que la complexité des modes de prise en charge s'accroît, il est indispensable de soutenir ce dispositif récemment créé. Le modèle des équipes mobiles de gériatrie, dont la dotation est fixée en fonction des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensées à certaines professions spécifiques, semble particulièrement pertinent. C'est pourquoi il est nécessaire de s'interroger sur l'application de ce modèle aux DAC.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

M. Thibault Bazin (LR). Cette demande de rapport est en effet très pertinente. J'espère que celles qui suivront seront également soutenues !

Les équipes mobiles coordonnées – infirmiers, médecins... – au sein des territoires, notamment en gériatrie, relevaient autrefois des réseaux désormais

intégrés dans les DAC, lesquels sont surtout mobiles au sein des établissements. Nous aurions tout intérêt à auditionner des personnes qui ont travaillé sur cette question.

La commission adopte l'amendement.

Chapitre VI Moderniser les prestations familiales

Avant l'article 36

Amendement AS165 de M. Mickaël Bouloux.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement d'appel vise à suspendre le versement du complément de libre choix du mode de garde (CMG) lorsque le ménage-employeur ne rémunère plus l'assistante maternelle, nombre d'entre elles n'étant plus payées par leur employeur alors que ce dernier continue à percevoir les aides, dont le CMG. Cette situation est d'autant plus pénalisante que ces assistantes maternelles sont ensuite imposées sur la base de salaires qu'elles n'ont jamais perçus. Il est temps de mettre fin à cette injustice.

M. Paul Christophe, rapporteur pour la branche famille. Nous devons évidemment travailler sur ce problème : il est en effet très difficile d'obtenir des indemnités pour remplacer le salaire impayé et les assistantes maternelles peuvent se retrouver en situation de précarité. Le comité de filière de la petite enfance a engagé des travaux à ce propos, dont je vous propose de suivre l'évolution avant d'envisager de légiférer.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. Arthur Delaporte (SOC). Avez-vous une idée de leur terme ?

M. le rapporteur. J'espère qu'ils seront connus avant six mois.

L'amendement est retiré.

Amendement AS379 de Mme Christine Pires Beaune.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement vise à remettre un rapport, peut-être dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), afin d'ouvrir le débat sur la définition de ce qu'est un enfant à charge, l'approche administrative prévalant en l'état.

M. le rapporteur. C'est une question importante qui relève en effet soit de la Mecss, soit de notre commission, en lien avec le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Article 36

Amélioration du soutien à la garde d'enfants : complément de mode garde (CMG) horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée

Amendement AS1345 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Cet amendement d'appel vise à évaluer les conséquences de la réforme du calcul du CMG, qui fera des gagnants et des perdants puisque le CMG pourrait être de 384 euros pour 43 % des bénéficiaires. Quelles seront les familles qui en subiront les conséquences ? Quels moyens de compensation sont-ils envisageables ?

Enfin, il est important d'étudier la possibilité d'avancer cette réforme d'une année – en 2024, donc, au lieu de 2025 comme le Gouvernement l'a prévu.

M. le rapporteur. L'ambition de l'article 36 est claire : il s'agit de réformer une prestation dont les conditions de calcul et d'attribution sont aujourd'hui très pénalisantes pour les familles les plus modestes et celles dont les besoins de garde sont importants. La refonte du barème constitue une avancée pour un grand nombre de familles à faibles revenus. Il s'agit donc d'une réforme de justice.

Pour assurer la transition entre le modèle de calcul actuel et celui proposé par cet article, un dispositif de compensation pour les perdants de cette réforme est prévu, dont les modalités et conditions d'application seront définies par décret.

Les foyers perdants sont définis comme ceux pour lesquels le montant de la prestation calculé avec le mode de calcul rénové au titre du mois d'entrée en vigueur est inférieur au montant moyen de CMG perçu au cours des trois mois précédant l'entrée en vigueur de la réforme. Le choix de retenir la moyenne des trois derniers mois plutôt que le montant versé le mois précédant la réforme est motivé par la préoccupation de prendre en compte les variations du recours d'un mois à l'autre, dues notamment aux congés et aux autres absences de l'enfant ou du salarié.

Les critères d'éligibilité à ce mécanisme de compensation porteront sur le niveau de ressources du foyer d'une part, et le niveau de recours d'autre part, différencié selon le mode de garde – assistant maternel ou garde d'enfants à domicile – et l'âge de l'enfant.

Il a ainsi été fait le choix de cibler les foyers relevant des tranches 1 et 2 du CMG actuel, c'est-à-dire les foyers les plus modestes et ceux à revenus intermédiaires, jusqu'à 4 000 euros par mois pour un couple avec un enfant à charge,

4 500 euros pour un couple avec deux enfants et 5 000 euros pour une famille monoparentale avec un enfant.

Nous devons néanmoins rester attentifs quant aux critères qui seront retenus par décret. Quoi qu'il en soit, une demande de rapport dans les deux mois sur ce sujet me semble prématurée. J'ajoute que la réforme du CMG sera étendue aux enfants âgés de 6 à 12 ans pour les familles monoparentales et que des mesures sont prévues pour permettre le partage du CMG en cas de garde alternée de l'enfant.

Je vous propose de retirer votre amendement, sinon, avis défavorable.

M. Thibault Bazin (LR). Nous avons tous deux participé à un certain nombre d'auditions très intéressantes, monsieur le rapporteur. Vous avez rappelé les points positifs de la réforme, très bien, mais elle comprend aussi des points négatifs. Certaines familles modestes, en effet, seront perdantes, notamment celles qui utilisent peu d'heures, de même que des couples biactifs dont les revenus ne pas forcément très élevés ou des femmes dont les carrières sont ascendantes. C'est un problème qu'il faut regarder de très près.

L'Union nationale des associations familiales (Unaf) a d'ailleurs émis un avis défavorable sur ce PLFSS, lequel doit donc être amélioré. Je compte sur vous pour que ces articles soient complétés, cette politique familiale manquant d'ambition.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Une forme de suivi s'impose, tant de nombreux points du texte, dont nous ignorons les conséquences, relèvent du décret. D'une part, les besoins ne sont pas les mêmes entre des enfants en bas âge et des enfants âgés de 6 à 12 ans ; d'autre part, en cas de garde alternée, le partage du CMG peut être problématique s'il est à montant constant en raison de frais incompressibles qui devront être couverts.

M. le rapporteur. L'avis négatif de l'Unaf concernait plutôt le transfert des indemnités journalières (IJ) du congé maternité postnatal de la branche maladie vers la branche famille. J'ajoute que le partage du CMG est sans incidence dans la situation que vous évoquez mais nous serons en effet très attentifs à la rédaction du décret, à laquelle l'Unaf notamment sera associée, en particulier quant à la couverture des besoins qui ne seraient pas couverts au titre de la différence entre enfants âgés de moins ou de plus de 6 ans.

M. Thibault Bazin (LR). J'invite chacun à prendre connaissance de l'avis de l'Unaf, que nous avons tous reçu par courriel : il va bien au-delà de ce que nous venons de dire.

M. Yannick Neuder (LR). Si une demande de rapport dans les deux mois vous semble prématurée, un sous-amendement visant à porter ce délai à six mois vous semble-t-il acceptable ?

M. le rapporteur. Je vous invite à déposer un nouvel amendement en séance publique, où nous aurons le point de vue du ministre.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 36 non modifié.

Après l'article 36

Amendement AS1416 de M. Loïc Kervran.

M. Loïc Kervran (HOR). Cet amendement d'appel vise à soulever la question de l'introduction d'un plafond à l'ensemble des prestations sociales que peut percevoir un seul foyer. J'entends souvent dire que certains d'entre eux perçoivent ainsi des sommes beaucoup plus importantes qu'elles ne le seraient avec les revenus du travail. Je pense, en particulier, aux prestations versées par la caisse d'allocations familiales (CAF), puisque nous disposons en l'occurrence d'un chiffre.

Il s'agit là d'une première réflexion. Nous proposerons sans doute un amendement un peu différent en séance publique.

M. le rapporteur. Le calcul de ces prestations sociales s'effectue sur la base des ressources et de la composition du foyer. Ce mode de calcul a pour but une plus grande justice sociale ; les plafonner reviendrait à restreindre l'efficacité de notre modèle social et de ces prestations en particulier. Définir un plafond risquerait par ailleurs de remettre en cause notre capacité à prendre en compte la singularité de chaque famille et la nécessité d'accompagner plus spécifiquement certaines situations – je pense par exemple à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Je ne suis donc pas favorable à cet amendement et vous invite à le retirer.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Il n'est pas possible de laisser penser que l'on s'enrichisse avec des allocations. De plus, il existe une façon d'accroître l'écart entre les prestations et les salaires : l'augmentation de ces derniers. Hélas, cela nous a été refusé !

Mme la présidente Fadila Khattabi. C'est une autre question.

M. Arthur Delaporte (SOC). Cet amendement conforte l'idée reçue, qui doit être combattue, selon laquelle les aides sociales seraient indues. Les familles ou les individus qui les perçoivent y ont droit. Pensons en effet à une famille dont un enfant est en situation de handicap : les aides peuvent être importantes en raison des coûts induits. Il en est de même pour la garde des enfants ou des minimas sociaux comme le RSA. Ces dispositifs sont coûteux mais légitimes et l'État doit être là pour accompagner les familles.

J'ajoute que ces aides sont fiscalisées et que les bénéficiaires paient donc des impôts. Il en est de même pour les aides universelles, qui sont plus fortement fiscalisées pour les foyers qui ont les plus hauts revenus, ce qui n'interdit d'ailleurs pas de réfléchir au principe de l'universalité des droits.

Il n'est pas possible de laisser entendre que certaines personnes seraient des profiteurs qui vivraient aux dépens de l'État.

M. Thibault Bazin (LR). M. Kervran n'a pas parlé de « profiteurs ». La reprise d'un travail s'accompagne de la perte d'un certain nombre d'allocations et, parfois, certains concitoyens m'ont confié qu'ils vivaient mieux avant d'avoir un emploi. En effet, pendant quelques semaines ou même quelques mois, la situation peut être critique parce que des dispositifs disparaissent et que d'autres tardent un peu à advenir.

Nous devons garantir que lorsque quelqu'un reprend un travail, la suppression d'allocations ne le pénalisera pas. La question d'un plafonnement mérite donc d'être posée. Valoriser le travail, ce n'est pas supprimer un système d'allocations qui fait l'honneur de notre pays, mais celui qui travaille doit vivre mieux que celui qui ne travaille pas.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous avons déjà débattu de cette question intéressante lors de la discussion de la réforme de l'assurance chômage.

Il est évidemment hors de question que pour une personne en situation de handicap, par exemple, des aides de plein droit puissent disparaître. Dispose-t-on néanmoins d'une connaissance globale de l'ensemble des financements dont une famille peut bénéficier ? Je songe en particulier aux allocations versées par la CAF, aux aides versées par les départements et par l'État. Avez-vous une idée du nombre de personnes concernées ?

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Nous sommes très opposés à un tel amendement : d'une part, nul ne s'enrichit avec des allocations, avec la solidarité et des droits acquis – il ne s'agit ni de dons ni de largesses consentis – et d'autre part, cet amendement dispose que « le montant total mensuel des prestations familiales versées à un même foyer ne peut dépasser un plafond fixé par décret », ce qui suppose une diminution progressive d'un tel plafond. Notre pays s'enorgueillit d'un modèle social exceptionnel qu'il convient de préserver : ne le rognons pas et cessons de stigmatiser les personnes qui en bénéficient.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). J'entends dire que ceux qui ne travaillent pas ne doivent pas gagner plus que ceux qui travaillent. Je rappelle qu'il existe un complément de libre choix d'activité permettant à l'un des parents de choisir de s'occuper d'un enfant. Si ce n'est pas un travail, j'aimerais que l'on me dise ce que c'est. En tout cas, c'est bel et bien une activité. Certains propos me semblent manquer de logique. Ne pas avoir d'emploi, c'est possible, ne pas travailler, non.

M. Loïc Kervran (HOR). Toutes les aides et allocations ne sont pas soumises à condition de ressources, d'où l'intérêt de connaître leur somme.

La définition d'un plafond devrait bien sûr tenir compte de la composition du foyer et le chiffre ne saurait être gravé dans le marbre.

Je n'ai jamais parlé de profiteurs ou de fraudeurs. C'est sur le système que je m'interroge et sur la manière de faire en sorte que l'accumulation de l'ensemble des dispositifs dont on peut bénéficier ne s'écarte pas trop des salaires. Enfin, une telle réflexion, nécessaire, s'inscrit dans le cadre du travail sur la solidarité à la source.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS34 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a profondément modifié la perception des allocations familiales. Depuis, nous constatons une baisse de la natalité, qui s'explique certes par plusieurs raisons mais la présidente de l'Unaf a mentionné des mesures qui ont contribué à faire diminuer le pouvoir d'achat des familles : 137 euros de moins par an de prestations familiales par enfant en 2020 par rapport à 2010, ce n'est pas neutre, qui plus est dans un contexte inflationniste. Quelles ont été les conséquences de l'application de cet article sur le plan de la natalité ?

M. le rapporteur. Cela relève plus me semble-t-il d'un travail parlementaire que de la remise d'un rapport par le Gouvernement. Je sais pouvoir compter sur vous pour nous éclairer !

Trois facteurs ont une influence sur la natalité.

Un aspect démographique : la diminution du nombre de femmes en âge de procréer et le recul de l'âge moyen de la maternité. Un aspect sociétal : l'aspiration grandissante à mieux concilier vie professionnelle et vie familiale. Un aspect économique, lié aux incertitudes pesant sur la conjoncture.

De plus, avec un indice de fécondité de 1,83 en 2020, la France reste le pays d'Europe où la fécondité est la plus élevée, ce qui doit vous rassurer. Pour soutenir la natalité, le Gouvernement a fait le choix d'une politique qui accueille mieux les enfants et leurs parents. C'est le sens de la démarche des « 1 000 premiers jours de la vie » et des chantiers structurants du quinquennat qui s'ouvre : service public de la petite enfance, réforme du CMG prévue dans ce PLFSS, développement des modes d'accueil.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Si l'on veut favoriser la natalité, il convient de s'attaquer aux causes de l'infertilité, laquelle est de plus en plus fréquente, notamment chez les hommes. Les phtalates, en particulier, sont une grande cause d'infertilité, de même que nos modes de vie et de consommation ont une large influence sur la fertilité masculine et féminine. Si vous êtes favorables à une politique nataliste, penchez-vous sur les questions écologiques !

M. Thibault Bazin (LR). Il est important de ne pas inciter à reporter les projets de maternité puisqu'on sait que la fécondité diminue avec l'âge.

L'Unaf a publié récemment une étude très intéressante sur le désir d'enfant. Il en ressort que le nombre moyen idéal d'enfants s'élève à 2,3 et que ce chiffre n'a pas baissé en dix ans. Comment dès lors expliquer que le taux de natalité soit de 1,8 enfant par femme ?

Je n'ai pas le monopole des solutions mais l'étude met en lumière le sentiment de nombreuses femmes de ne pas être suffisamment soutenues dans la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Notre modèle n'est sans doute pas assez incitatif pour les femmes désireuses de faire carrière et disposant de rémunérations confortables.

Madame la présidente, vous pourriez confier à Paul Christophe et moi-même une mission sur la politique familiale.

M. Philippe Juvin (LR). La baisse préoccupante de la fertilité, qu'on observe dans le monde entier, est probablement liée à l'environnement. Certaines études sur des animaux ont ainsi montré que les effets nocifs des phthalates perduraient sur deux à trois générations.

Il me semble utile que la commission s'intéresse à ce sujet.

La commission rejette l'amendement.

Article 37

Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant

Amendements de suppression AS240 de M. Thibault Bazin, AS929 de Mme Isabelle Valentin et AS1343 de M. Yannick Neuder.

M. Thibault Bazin (LR). La généralisation de la subrogation pour le versement des IJ pour les congés maternité, adoption et paternité peut avoir des bienfaits pour les familles mais elle pénalise les entreprises. L'assurance maladie ne parvenant pas à accomplir cette tâche dans un délai raisonnable – le délai moyen dépasse trente jours –, le versement incomberait désormais aux employeurs et l'assurance maladie les rembourserait théoriquement dans un délai maximal qui pourrait être fixé par décret à sept jours.

Si l'objectif d'une réduction des délais ne peut qu'être partagé, la voie choisie par le Gouvernement n'est pas la bonne pour plusieurs raisons : cette nouvelle obligation ne manquera pas de faire peser sur nos entreprises, en particulier les TPE-PME, des charges administratives et financières significatives, particulièrement malvenues dans le contexte d'incertitude économique que nous connaissons. Ensuite, rien ne permet de croire que l'assurance maladie sera capable de rembourser les entreprises quatre fois plus vite qu'elle ne sert aujourd'hui les indemnités aux assurés. Enfin, les employeurs ne sauraient être considérés aussi systématiquement comme prestataires pour compte de tiers de la sécurité sociale.

Madame la rapporteure générale, pour répondre à la question que vous nous avez posée précédemment, l'article 37 fait partie des lignes rouges du groupe Les Républicains.

M. le rapporteur. En généralisant la subrogation des indemnités journalières pour les congés maternité, paternité et d'adoption, l'article 37 permet d'assurer la continuité des ressources pour les familles connaissant une baisse temporaire de leurs revenus, alors que les deux parents sont souvent amenés à quitter leur activité professionnelle à un moment par ailleurs peu propice à la vulnérabilité financière.

Vous soulevez la question des difficultés de trésorerie que pourrait engendrer cette réforme pour les entreprises et le délai excessif durant lequel l'assurance maladie procède au remboursement des indemnités.

Permettez-moi de faire quelques remarques : d'abord, le texte prévoit, comme corollaire de la généralisation de la subrogation, que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) devra verser à l'employeur subrogé le montant des indemnités journalières dans un délai maximal qui devrait être fixé à sept jours, sur le modèle de la garantie de paiement appliquée pour le remboursement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant.

Par ailleurs, les délais de remboursement excessifs sont aujourd'hui principalement imputables au retard dans la transmission des données relatives aux salariés par les entreprises. L'analyse des flux d'information dématérialisés fait apparaître que dans plus de 30 % des cas, la transmission par l'entreprise des éléments nécessaires, en particulier ceux relatifs au salaire, s'effectue plus de deux mois après la date d'arrêt. Ainsi pour près d'un arrêt de travail sur trois, les informations sont adressées aux caisses primaires plus de soixante jours après le début de l'arrêt de travail.

La réforme constitue une véritable avancée. C'est à la fois une simplification et une garantie de ressources pour les salariés et les fonctionnaires.

Alors que les entreprises peinent à recruter et à fidéliser les salariés, une telle évolution n'est pas négligeable.

L'entrée en vigueur de la mesure est échelonnée en fonction de la taille des entreprises. Elle est prévue au plus tard au 1^{er} janvier 2025 pour laisser le temps à chacune de se familiariser avec la procédure.

Des concertations avec les partenaires sociaux auront lieu au premier semestre 2023 sur le décret qui doit définir les employeurs concernés, le rythme d'entrée en vigueur ainsi que les modalités d'application.

Voilà pourquoi j'émet un avis défavorable aux amendements.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Après les avoir écoutés hier dans l'hémicycle sur le projet de loi de programmation des finances publiques, il est rafraîchissant d'entendre Les Républicains se préoccuper des effectifs dans les CPAM. Eh oui, les employés des CPAM sont utiles, notamment pour accélérer le remboursement des indemnités journalières.

La commission rejette les amendements.

*Puis, suivant l'avis du rapporteur, la commission **rejette** l'amendement AS1377 de M. Thierry Frappé.*

Amendement AS1267 de M. Thierry Frappé.

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement vise à exclure du champ d'application de la subrogation les entreprises « qui emploient moins de dix salariés ou dont le chiffre d'affaires annuel et le total du bilan sont inférieurs à 2 millions d'euros » puisque ce mécanisme pourrait fragiliser la trésorerie.

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

*Puis elle **adopte** l'article 37 **non modifié**.*

Après l'article 37

Amendement AS1323 de M. Thierry Frappé.

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement a pour objet de fixer un délai maximal de dix jours pour le remboursement par l'assurance maladie des indemnités versées par les employeurs.

M. le rapporteur. Vous proposez un délai supérieur à celui que nous envisageons, à savoir sept jours.

M. Thibault Bazin (LR). Le rapporteur me donne une idée : nous pourrions défendre un amendement ramenant le délai à trois jours.

M. le rapporteur. Plus les données sont transmises rapidement à l'assurance maladie, plus vite elle peut les traiter. Votre amendement aurait donc pour effet de mettre la pression sur les entreprises, à rebours de votre volonté de les protéger.

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

Amendements identiques AS348 de M. Philippe Juvin et AS1341 de M. Yannick Neuder.

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement est simple : il s'agit d'affirmer le principe d'universalité des allocations familiales.

L'universalité a gouverné la politique familiale pendant des décennies. Tous les Français, sans distinction sociale, pouvaient en bénéficier. Grâce à des mécanismes de redistribution des familles sans enfants vers celles avec enfants, la naissance d'un enfant, quels que soient les revenus des parents, n'avait pas pour effet de porter atteinte au niveau de vie de la famille.

La portée de l'amendement est symbolique, je le reconnais, mais les symboles sont importants.

M. Yannick Neuder (LR). Le principe d'universalité a été fortement mis à mal sous le quinquennat de François Hollande du fait de la modulation des allocations familiales et des baisses successives du quotient familial.

Il faut certes s'intéresser à l'infertilité mais aussi encourager la constitution des familles.

M. le rapporteur. L'amendement est en effet symbolique puisqu'il n'emporte aucune conséquence sur le niveau des prestations et des allocations versées.

Les allocations familiales, bien que modulées en fonction des revenus, sont toujours universelles, puisqu'elles sont versées à tous les parents à partir du deuxième enfant.

Notre politique familiale est bien évidemment universelle, comme en témoigne par exemple l'allongement du congé paternité qui s'adresse à tous : salariés, fonctionnaires, indépendants. Mais elle est aussi empreinte de justice sociale : oui, nous protégeons les familles monoparentales au premier chef, par la réforme du complément de mode de garde ou l'intermédiation financière automatique des pensions alimentaires, précisément parce que l'aide à toutes les familles suppose une aide à hauteur des besoins de chacune d'entre elles.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'heure tardive et le nombre important d'amendements ne doivent pas nous interdire de prendre le temps de débattre des grands principes, en particulier en début de législature pour que chacun fasse connaître sa position.

Je suis favorable à l'universalité des allocations familiales. Ce principe s'applique à la sécurité sociale dans son ensemble. Si nous ne le défendons pas, nous risquons d'introduire, pour toutes les branches, une sécurité sociale à deux vitesses, ce que nous refusons tous. Les assurés auraient alors le sentiment que les prestations en nature ou en espèces qu'ils reçoivent ne sont pas en rapport avec l'effort qu'ils consentent par le biais de leurs cotisations.

Je ne souscris évidemment pas à votre diatribe sur le quinquennat de François Hollande. En revanche, face au risque de voir le système de sécurité sociale fragilisé par petites touches, si nous parvenions à un consensus autour de deux principes

– l’universalité des droits et la progressivité des contributions –, nous aurions peut-être fait œuvre utile.

Actuellement, la progressivité du financement n’est pas assurée – les cotisations sont au mieux progressives et, pour une partie d’entre elles, dégressives du fait du plafond annuel de la sécurité sociale.

En conjuguant universalité des droits et progressivité des cotisations, nous sortirions d’un économicisme qui nous a fait beaucoup de mal.

M. Philippe Juvin (LR). Tout le monde s’accorde pour défendre le principe de l’universalité, y compris vous, monsieur le rapporteur. Pourtant vous vous opposez à l’amendement. C’est à n’y rien comprendre. Si vous êtes favorables à l’universalité, pourquoi ne pas l’inscrire dans la loi ?

M. Yannick Neuder (LR). L’excédent de plus de 2 milliards d’euros de la branche famille permet de compenser le déficit de l’assurance maladie. Si les prestations sont universelles, augmentons la proportionnalité.

M. Thibault Bazin (LR). L’amendement n’est pas anodin en dépit de sa portée symbolique et nous avons adopté des amendements de la majorité qui n’étaient pas moins symboliques. Nous pouvons donc le voter surtout s’il permet de restaurer la cohésion nationale. Alors que nous devons relever des défis importants – le financement du grand âge, l’avenir du système de retraite –, nous pouvons renouer avec l’esprit de rassemblement que nous avons connu après la Seconde Guerre mondiale pour défendre une politique familiale universelle qui faisait l’honneur de la France.

M. Philippe Vigier (Dem). Nous nous retrouverons tous sur l’universalité des allocations familiales. Je partage votre analyse, monsieur Guedj, sur l’universalité et la progressivité. Une réflexion approfondie est absolument nécessaire. Toutefois, il ne faut pas seulement se payer de mots mais aussi faire le compte des moyens dédiés à la politique familiale au fil du temps. N’oublions pas à cet égard, qu’entre 2012 et 2017, ce fut une hécatombe : 9 milliards d’euros de moins pour les prestations familiales.

M. le rapporteur. Une telle disposition n’a pas à figurer dans la loi, elle est dépourvue de caractère normatif.

La commission rejette les amendements.

Article additionnel après l’article 37

Rapport du Gouvernement au Parlement étudiant l’opportunité d’offrir une faculté de choix entre un congé parental court et un congé parental long

Amendement AS28 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à demander au Gouvernement un rapport évaluant l'impact de l'application de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 et étudiant l'opportunité d'offrir aux parents la possibilité de choisir entre un congé parental court – de six mois à un an – mieux rémunéré – 67 % du salaire avec un plafonnement – et un congé parental long de trois ans rémunéré à hauteur de la moitié du Smic au lieu du tiers.

La présidente de l'Unaf nous a fait part de l'échec de la réforme du congé parental. Le Parlement européen s'est aussi saisi de cette question. Le rapport que nous souhaitons serait vraiment utile à notre mission d'évaluation.

M. le rapporteur. Vous l'avez dit, avec l'évaluation, nous sommes pleinement dans notre rôle et le sujet est intéressant. J'émetts donc un avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement.

Après l'article 37

Amendement AS386 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). Il s'agit encore une fois de demander un rapport pour évaluer l'impact de l'application de l'article 54 de la LFSS 2022, notamment l'opportunité d'étendre la durée et l'indemnisation du congé proche aidant.

M. le rapporteur. C'est un sujet qui me passionne, vous le savez.

Lors de la législature précédente, nous avons instauré l'allocation journalière du proche aidant. S'agissant de son périmètre, il a été étendu jusqu'aux personnes relevant du GIR 4 – sans doute la catégorie qui avait les besoins les plus importants et le moins d'aide. En ce qui concerne le montant, il a été revalorisé au 1^{er} janvier 2022 et porté à hauteur du Smic. Quant à la durée, elle mérite sans doute une réflexion tout comme la fréquence : aujourd'hui, un aidant peut prendre un seul congé dans une carrière alors qu'il est probable qu'on ait à être aidant plusieurs fois au cours de notre vie professionnelle.

Le 6 octobre, le Gouvernement a annoncé le lancement d'une nouvelle stratégie nationale pluriannuelle pour les aidants dès 2023. Dans la lignée de la première, elle permettra de poursuivre l'effort pour apporter des réponses de proximité aux aidants des personnes âgées, des personnes en situation de handicap mais aussi des personnes malades – c'est une nouveauté bienvenue. Vous connaissez mes travaux sur les parents d'enfants malades.

Je vous propose plutôt que nous suivions attentivement ces travaux et contribuions à la réflexion sur les conditions d'octroi et de durée du congé proche aidant avant de demander un nouveau rapport sur le sujet. Vous savez pouvoir compter sur ma ténacité.

Je vous invite à retirer votre amendement.

M. Thibault Bazin (LR). Je salue les combats qu'a menés Paul Christophe durant le précédent quinquennat et je sais qu'il les poursuivra. C'est très émouvant de discuter avec les parents aidants.

Puisqu'une nouvelle stratégie est lancée, le rapport est sans doute presque déjà écrit, ce ne sera pas une charge de travail supplémentaire pour les services. Il serait utile que nous en disposions car nous ne sommes pas toujours associés aux travaux du Gouvernement.

M. le rapporteur. L'Observatoire de la stratégie des aidants continue à travailler. Nos conclusions ne sont pas assez matures pour proposer dès à présent un allongement du congé. En revanche, je ne manquerai pas de vous tenir informé des évolutions qui seront proposées.

La commission rejette l'amendement.

Chapitre VII

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 38

Accélérer la convergence sociale à Mayotte

Amendement AS1230 de Mme Estelle Youssouffa.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Les travailleurs indépendants de Mayotte n'ont pas pu cotiser au régime d'assurance vieillesse de 2012 à 2021 car la caisse de sécurité sociale de Mayotte n'a pas appelé les cotisations, le décret fixant le taux de cotisation n'ayant toujours pas été publié. Faute d'avoir pu valider ces années pour leurs droits à retraite, ils ne peuvent prétendre à l'assurance vieillesse qui leur est due. Cette incohérence est particulièrement mal perçue par les Mahorais.

L'amendement vise à exonérer les travailleurs indépendants, hors agriculture, du versement des cotisations sociales pour cette période.

Mme la rapporteure générale. L'amendement revient sur un problème que nous avons traité l'an dernier : le rachat des trimestres de retraite des travailleurs indépendants mahorais.

Comme vous le rappelez, ces travailleurs n'ont pas cotisé depuis 2012, non pas de leur propre fait, mais parce que leurs cotisations n'ont pas été appelées par les organismes de recouvrement. Ils n'ont aucun droit à retraite sur cette période. C'est pour cette raison qu'un mécanisme de rachat des trimestres de retraite a été introduit en LFSS l'an dernier.

Vous soulignez le caractère un peu injuste de la situation. Les travailleurs mahorais sont souvent des personnes modestes, pour lesquelles il ne sera pas évident de financer le rachat des trimestres de retraite en plus de leurs cotisations.

Il est regrettable que le recouvrement des cotisations soit encore différé en vertu de l'article 38 car cela aura pour effet d'étendre encore la période sur laquelle portera le rachat. Il serait donc opportun que le Gouvernement s'explique en séance sur les raisons de cette situation.

Dans cette attente, je vous demande le retrait de l'amendement.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Mayotte souffre déjà tellement du chômage, de la précarité et de tant d'autres problèmes.

N'étant pas l'auteur de l'amendement, je ne me sens pas autorisé à le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1229 de Mme Estelle Youssouffa.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cet amendement rédactionnel a pour objet de réparer un oubli : Mayotte n'est pas cité parmi les territoires visés par l'article L. 111-2 du code de la sécurité sociale, qui permet d'obtenir certaines prestations sociales.

Mme la rapporteure générale. L'amendement témoigne d'une lecture erronée de l'article 38 : l'alinéa auquel vous faites référence concerne les fonctionnaires et magistrats en poste à Mayotte, mais dont le centre des intérêts matériels et moraux est situé en dehors de l'archipel, dans l'un des territoires mentionnés à l'article L. 111-2 du code de la sécurité sociale. Il est donc normal que Mayotte ne soit pas mentionné dans cette liste.

Je demande le retrait de l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 38 non modifié.

Après l'article 38

Amendement AS465 de M. Max Mathiasin.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement crée, à titre expérimental, un cadre juridique propre pour les entreprises de transport de personnes à mobilité réduite en Guadeloupe et prévoit un remboursement adapté des frais de transport aux usagers. Il s'agit de tenir compte de la structuration du système sanitaire de l'île.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Article 39

Moderniser la législation de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon

La commission adopte l'article 39 non modifié.

Après l'article 39

Amendement AS542 de M. Élie Califer.

M. Élie Califer (SOC). Cet amendement vise à mieux compenser les surcoûts auxquels sont confrontés les hôpitaux dans tous les départements d'outre-mer du fait de leurs spécificités : l'insularité, les dépenses de personnel, les frais d'approche – qu'il s'agisse des transports ou des taxes –, les évacuations sanitaires ou encore la mise aux normes des bâtiments en lien avec les risques sismiques et cycloniques.

Les coefficients géographiques appliqués par la sécurité sociale dans les outre-mer aux tarifs nationaux, aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire des établissements de santé ne compensent pas ces charges. Des critères précis permettraient d'estimer de façon objective ces coefficients géographiques et de mieux prendre en compte les surcoûts liés aux équipements, au personnel et à l'exigence de formation professionnelle, qui se sont d'ailleurs aggravés avec la crise du covid et l'inflation galopante.

Mme la rapporteure générale. Vous estimez que les coefficients sont insuffisants et ne prennent pas correctement en compte les surcoûts que subissent les hôpitaux outre-mer. Toutefois, votre amendement me paraît satisfait : les critères, s'ils ne sont pas précisés dans la loi, le sont au niveau réglementaire.

Je demande donc le retrait de l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1580 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). L'amendement a pour objet de remédier au manque de médecins de garde disponibles pour établir des certificats de décès à domicile. Si le problème existe dans plusieurs départements, il se fait particulièrement sentir à La Réunion, où il est très difficile d'établir des certificats de décès le soir et le week-end. Il faut attendre des heures, parfois même toute la nuit, pour que les décès soient constatés. Or, dans la plupart des cas, les pompes funèbres refusent de se déplacer tant que le certificat n'a pas été établi. Cette formalité s'ajoute

aux autres papiers administratifs que les familles endeuillées doivent remplir, alors même que, dans de telles circonstances, elles ont d'autres préoccupations plus importantes. Il faut donc agir vite. Le rapport que nous demandons aura pour objectif d'identifier précisément les obstacles et d'apporter des solutions.

Mme la rapporteure générale. Nous venons d'adopter un amendement autorisant les infirmiers, dans le cadre d'une expérimentation, à signer les certificats de décès. Il est possible que le problème soit plus sensible encore à La Réunion, mais il existe aussi en métropole.

Je vous demande de retirer votre amendement. Nous pourrions préciser en séance que l'expérimentation en question s'intéressera particulièrement à La Réunion.

L'amendement est retiré.

Article 40

Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille

La commission adopte l'article 40 non modifié.

Chapitre VIII

Poursuivre les actions de lutte contre les abus et les fraudes

Article 41

Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale

Amendement de suppression ASI251 de Mme Sandra Regol.

Mme Sandra Regol (Écolo - NUPES). Avec l'article 41, vous dites vouloir lutter contre ce qui fragilise « *les fondements de notre économie et de notre modèle social* ». Mais ce qui fragilise les fondements de notre modèle social, c'est de considérer la solidarité comme une charge qu'il convient de réduire et non comme un ensemble de droits que l'on peut mobiliser – notamment en cas d'accident de la vie ou de période de crise, dans des moments où l'on a besoin de rebondir –, comme des droits qu'il faut défendre pour se renforcer collectivement.

La solidarité est au cœur de notre modèle social. Or celui-ci est fragilisé par des textes comme l'article 41, qui accreditent le récit selon lequel les pauvres seraient des voleurs. La fraude coûte de l'argent, c'est vrai, et il faut la combattre. La lutte contre l'évasion fiscale, quant à elle, a rapporté plus de 13 milliards d'euros à la France l'année dernière, et le manque à gagner total pour les comptes publics est

évalué à 100 milliards d'euros. Ce sont ces milliards-là qui « fragilisent les fondements de notre économie et de notre modèle social » et que le Gouvernement et le législateur devraient s'efforcer de récupérer.

Mme le rapporteure générale. Je regrette que vous vouliez supprimer cet article qui renforce les outils destinés à lutter contre la fraude sociale.

Les agents de contrôle doivent disposer de moyens qui évoluent en même temps que la fraude. Or celle-ci passe de plus en plus par la voie numérique. Les cyberenquêtes doivent donc être améliorées. Ce faisant, l'article 41 devrait permettre de récupérer 70 millions d'euros supplémentaires qui profiteront aux organismes de protection sociale.

Par ailleurs, l'article contient des mesures visant à lutter plus efficacement contre les sociétés éphémères, qui ne sont que le support d'une fraude massive au travail dissimulé.

Pour ces raisons, je suis très défavorable à l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 41 non modifié.

Après l'article 41

Amendement AS1389 de M. Philippe Juvin.

M. Philippe Juvin (LR). L'amendement vise à s'attaquer à la plaie que constituent les consultations non honorées. Si leur nombre n'est pas connu précisément, on estime qu'il est supérieur au nombre de consultations données dans l'ensemble des services d'urgences. C'est donc du temps médical perdu. Nous proposons d'autoriser les médecins à facturer un patient qui ne s'est pas présenté à un rendez-vous. Un décret préciserait, bien entendu, les exceptions à cette règle. L'idée est simple : mettre fin à cette pratique qui désorganise l'activité médicale, en particulier la médecine de ville.

Mme la rapporteure générale. Les rendez-vous non honorés constituent non pas une fraude mais un abus. En outre, le code de déontologie de l'Ordre des médecins permet déjà de demander une indemnisation : il autorise les praticiens à prévenir leurs patients qu'une indemnité leur sera demandée s'ils ne se présentent pas au rendez-vous sans les en avoir avertis.

J'ai saisi le Gouvernement de la question. Des discussions ont été entamées avec les plateformes de prise de rendez-vous pour faire en sorte qu'il y ait le moins possible de rendez-vous non honorés, alors qu'il existe par ailleurs des difficultés d'accès aux soins.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1505 de M. Damien Maudet.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Par cet amendement, nous proposons d'augmenter les sanctions punissant la fraude aux cotisations patronales en cas de travail dissimulé. Selon la Cour des comptes, ce type de fraude nous coûte 8 milliards chaque année, soit exactement la somme que M. Macron attend de sa réforme des retraites. Sur ce montant, seuls 700 000 euros sont recouvrés. Il convient donc de lutter plus efficacement contre le phénomène. Tout en remplissant les caisses, cela nous éviterait peut-être un mouvement social contre la réforme des retraites.

Mme la rapporteure générale. L'article 41 permettra précisément de renforcer les contrôles et donc d'aboutir au même résultat, mais de façon plus efficace, que celui que visez.

La commission rejette l'amendement.

Article 42

Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé

La commission adopte l'article 42 non modifié.

Article 43

Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus

Amendements de suppression AS56 de M. Jérôme Guedj, AS335 de M. Philippe Juvin, AS736 de M. Pierre Dharréville, AS775 de Mme Marie-Charlotte Garin, AS1309 de M. Éric Bothorel et AS1579 de Mme Ségolène Amiot.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il n'y a pas grand-chose dans ce PLFSS, en dehors de quelques avancées – que nous avons soulignées – et de l'article 43, qui a défrayé la chronique.

Cet article apporte une mauvaise réponse à un problème qui, s'il existe, est tout à fait marginal. Vous prétendez endiguer un phénomène dont on peine à définir les contours : on ne sait pas quel est le nombre exact d'arrêts de travail pris à la suite d'une téléconsultation. Surtout, le dispositif risque d'être inefficace : seuls trois arrêts de travail sur dix issus d'une téléconsultation sont prescrits par un praticien qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré. À cela s'ajoute le problème des déserts médicaux.

Vous déremboursez ces arrêts de travail alors même que 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant – pour des raisons dont il a beaucoup été question, qui tiennent notamment à l'absence d'installation de médecins – et que 7 millions vivent dans des déserts médicaux – ces deux problèmes pèsent d'ailleurs sur l'ensemble de notre système de santé.

Pour ces raisons, nous proposons la suppression de l'article.

M. Philippe Juvin (LR). Qu'il y ait une difficulté avec les arrêts de travail, dont le nombre a explosé depuis qu'il est possible d'en obtenir à travers une téléconsultation, nous l'entendons, mais les autorités administratives ont tout à fait la possibilité de contrôler leur délivrance.

Il faut compter en moyenne six jours entre la prise de contact et le rendez-vous chez un généraliste, selon une enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), et 50 % des prises de contact aboutissent à un rendez-vous accordé plus de deux jours après, ce qui est incompatible avec la délivrance d'un arrêt de travail. Vous ne pouvez donc pas priver les personnes du recours à la télémédecine pour en obtenir un, qui plus est quand ils n'ont même pas de médecin traitant. C'est une très mauvaise mesure, qui va avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne de nos compatriotes.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). L'encadrement des arrêts de travail proposé par le Gouvernement sanctionne durement les patients et les assimile à des fraudeurs, au seul motif que le prescripteur n'est pas le médecin traitant ou que la personne avait recours à ce médecin pour la première fois de l'année. Sachant que 6 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant et que le Gouvernement incite fortement à recourir à la télémédecine, l'article 43 n'est pas acceptable. Notre amendement AS736 vise à supprimer cette disposition qui met en cause le principe même de l'arrêt de travail.

Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES). Les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation ne donneront lieu à une indemnité journalière que si l'incapacité physique a été constatée dans certaines conditions indiquées par l'article. C'est d'autant plus inacceptable que 5 millions de Français n'ont pas de médecin traitant, que 6 millions vivent dans des déserts médicaux – que l'on aime le terme ou non –, qu'il faut attendre en moyenne dix jours pour obtenir un rendez-vous chez un médecin et que l'épidémie de covid-19 n'est toujours pas résorbée. Une telle mesure méconnaît les impératifs sanitaires et poursuit uniquement un objectif budgétaire. Mon groupe propose donc la suppression de cet article.

M. Éric Bothorel (RE). Il n'est pas courant qu'un membre de la majorité dépose un amendement visant à supprimer un article proposé par le Gouvernement, mais je n'imagine pas me retrouver, dans ma permanence, face à quelqu'un à qui on aurait refusé des IJ au motif que son arrêt de travail lui a été délivré en téléconsultation par un médecin qu'il n'avait pas vu depuis moins d'un an et qui n'était pas son médecin traitant. Or cela m'arrivera car je suis élu dans une commune située en zone sous-dotée. Moi-même, si je ne suivais pas un traitement nécessitant

de voir un médecin tous les trois mois et si je n'étais pas reçu par le médecin de l'Assemblée nationale, je n'aurais pas de médecin traitant car le dernier est décédé et n'a pas été remplacé.

Certes, la situation en question est peut-être exceptionnelle, et je comprends la finalité de l'article, mais il aurait fallu en modifier la rédaction en amont de l'examen au Parlement. C'est la raison pour laquelle j'ai présenté un amendement de suppression.

Premièrement, si un patient est arrêté, c'est parce qu'un médecin l'a décidé. Si l'on suspecte des arrêts maladie de confort, de complaisance ou un peu longs – quel que soit le terme que l'on utilise, il n'est pas adapté à chaque situation –, il faut contrôler les médecins libéraux qui les délivrent.

Deuxièmement, si l'on veut faire la démonstration que certaines personnes recourent à la téléconsultation non pas pour améliorer leur parcours de soins mais pour obtenir un document qui ne leur aurait pas été délivré autrement, et que, pour ce faire, ils ont fait appel à trois ou quatre médecins dans la même journée, il faut commencer par progresser dans le domaine de la collecte de données.

Enfin, alors que le numérique a été d'une grande aide pendant la crise du covid, il ne faudrait pas envoyer un signal tendant à décourager les gens de recourir à la téléconsultation. Celle-ci ne permettra pas de résorber les déserts médicaux, mais elle constitue un outil extrêmement précieux.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Je suis toujours attentive aux réponses que l'on me fait. Or, quand nous avons parlé des urgences et de la manière de traiter ailleurs ce qui relevait de la « bobologie », il avait été question également des arrêts de travail. J'avais dit qu'on ne pouvait pas en obtenir car il n'y avait pas de médecin, et on m'avait répondu : « Désormais, il y a la téléconsultation, madame Fiat ! Ne soyez pas démagogique ! ». Maintenant, vous n'en voulez plus... Dès que les gens trouvent une solution, une sortie de secours, on leur explique que cela ne va pas. Les personnes qui se retrouveront en arrêt de travail n'auront plus d'indemnités journalières. Rendez-vous compte de ce que cela signifie !

Quand nous avons auditionné les ministres, M. Braun a précisé que cela concernait 78 personnes. Autrement dit, il n'y a pas d'abus, et il ne faudrait pas faire croire le contraire avec cet article. En plus, nous avons voté un amendement grâce auquel il y aura désormais un professionnel de chaque côté de l'écran. Il y aura donc quelqu'un pour éviter les abus.

Pour ces raisons, notre amendement AS1579 demande la suppression de l'article.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Une fois n'est pas coutume, j'ai envie d'être malicieuse : au moment où nous avons autorisé les téléconsultations, certains d'entre vous n'ont pas voté la mesure.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Guedj, vous avez demandé des chiffres. De fait, il est important de prendre le temps de les exposer.

Il y a eu un peu moins de 600 000 arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations en 2021, ce qui représente 4,5 % des 13 millions d'arrêts de travail prescrits au total. Toutefois, le nombre de prescriptions d'indemnités journalières après une téléconsultation a triplé en quelques mois : il est passé de 30 000 en août 2021 à 92 000 en janvier 2022.

Ce n'est pas par hasard que l'article a été inscrit dans ce PLFSS. Une étude de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) a démontré que certains patients se livraient à ce que l'on peut appeler du nomadisme médical : ils sollicitent plusieurs médecins par téléconsultation jusqu'à obtenir un arrêt de travail. De plus, 30 % des arrêts de travail prescrits lors d'une téléconsultation l'ont été par un praticien qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré, alors même que, dans la grande majorité des cas, les personnes en question en avaient un. Plus intéressant encore, 75 % de ces téléconsultations n'ont pas donné lieu à une autre prescription médicale : ni médicaments, ni analyses biologiques, ni ordonnance de kinésithérapie. Cette proportion est nettement au-dessus de la moyenne.

Avec l'article 43, il s'agit d'inciter les patients à téléconsulter leur médecin traitant ou un médecin qu'ils ont déjà vu au cours de l'année ou, à défaut, à recourir à une consultation classique, auprès de leur médecin ou d'un autre.

Contrairement à ce que laissent entendre les exposés sommaires des amendements, la disposition ne pénalise pas davantage les patients en zones sous-denses : la répartition géographique des arrêts de travail délivrés en téléconsultation n'est pas différente de celle de l'ensemble des arrêts de travail, ce qui démontre que cette pratique n'est pas davantage développée dans les déserts médicaux.

Monsieur Juvin, d'après l'étude de la Drees, la moitié des rendez-vous chez les médecins généralistes sont obtenus en deux jours.

Il a été question de 6 millions de personnes cherchant un médecin traitant. En fait, il n'y en a que 3 millions : les 3 millions restants n'en cherchent pas car il s'agit de personnes jeunes qui ne considèrent pas qu'elles ont besoin de le faire.

Enfin, il sera toujours possible d'obtenir un arrêt de travail en téléconsultation. En cas d'arrêt court, compte tenu du délai de carence, aucune indemnité journalière n'est versée de toute façon. Si le patient ne va pas mieux, il peut aller consulter son médecin traitant au bout de deux ou trois jours pour prolonger l'arrêt.

Ces chiffres sont assez convaincants pour ne pas supprimer l'article.

Mme Fanta Berete (RE). Certains de nos collègues parlent de leur expérience de terrain, de leur vie professionnelle. Ayant travaillé dans le domaine des ressources humaines, pour de grands groupes implantés sur l'ensemble du territoire, j'ai constaté à de nombreuses reprises que le phénomène décrit dans cet

article était avéré : de nombreuses personnes prennent rendez-vous avec d'autres médecins que leur praticien habituel et multiplient les arrêts. Cela existait d'ailleurs avant les téléconsultations.

Dans un autre ordre d'idées, certains ici nous disent que les bénéficiaires d'allocations ne sont pas des profiteurs. Je les crois. Il n'en demeure pas moins que le phénomène existe, de même que celui dont nous parlons maintenant. Mme la rapporteure générale a cité les chiffres – vous en demandez souvent ; eh bien, il faut prendre ceux-ci en considération.

Tout est fait pour qu'une personne ayant vraiment besoin d'un arrêt de travail puisse aller au bout de sa démarche. En revanche, nous cherchons à empêcher les personnes profitant du système et le pénalisant d'en obtenir. La faute n'est pas toujours du côté de l'employeur : il se passe aussi des choses de l'autre côté de la barrière.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Selon les statistiques, 63 % des Français ont des horaires atypiques, 25 % travaillent le samedi, 21 % le dimanche et 20 % la nuit. Comme c'était le cas pour moi il y a encore quelques mois, trouver un médecin un vendredi après-midi pour obtenir un arrêt de travail est tout simplement impossible. Le mien, par exemple, met au moins huit jours avant de me donner un rendez-vous. D'où l'intérêt de la téléconsultation.

M. Arthur Delaporte (SOC). Que dire de plus que ce que vient de dire Mme Amiot ? On sait très bien que 11 % des Français sont sans médecin traitant, et que ceux qui en ont un, s'ils ont besoin de le voir en urgence, par exemple pour obtenir un arrêt maladie, ne sont pas reçus, le plus souvent, faute de place. Ils ont donc recours aux solutions qu'il leur reste – et que vous encouragez par ailleurs. C'est là, du reste, que réside un vrai hiatus entre votre intention d'encourager les téléconsultations, dont nous avons parlé pendant une heure, et la réalité, car on voit que vous voulez dissuader les gens d'y avoir recours. Bref, cet article est totalement absurde.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Vous donnez des chiffres, mais ils ne démontrent rien : ils décrivent un phénomène sans l'expliquer. Vous partez du principe que, comme il y a une augmentation, il y a forcément de la fraude.

Par ailleurs, de nombreuses personnes, lorsqu'elles demandent à un praticien de devenir leur médecin traitant, se heurtent à un refus. C'est un vrai problème, et vous ne le prenez pas en compte. D'autres encore trouvent porte close quand ils essaient de voir un médecin.

Systématiquement, c'est le patient qui est sanctionné. Que dit-on à un médecin qui a délivré un arrêt de travail abusif ? La responsabilité doit à tout le moins être conjointe.

M. Paul-André Colombani (LIOT). On frise l'absurde. Alors que l'offre de soins n'est pas satisfaisante, pourquoi les médecins ne peuvent-ils pas réaliser plus de 20 % de leur volume d'activité à distance, par exemple le week-end, s'ils le souhaitent ?

La sécurité sociale demande immédiatement des comptes si un médecin télétransmet deux actes dans la même journée. Pourquoi n'a-t-elle pas les moyens technologiques pour bloquer les téléconsultations, au-delà d'un certain nombre ?

Il faut arrêter de mettre en avant la fraude pour empêcher le développement de la télémédecine.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). L'article prévoit que les arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation peuvent être indemnisés s'ils ont été délivrés par un médecin que le patient a déjà consulté lors de l'année précédente. Cela permet de ne pas sanctionner les personnes de bonne foi, qui n'ont pas de médecin traitant.

M. Éric Bothorel (RE). Je n'ai pas envie de choisir un camp, ou de dire que les patients qui obtiennent des arrêts maladie par téléconsultation en dehors de leur médecin traitant trichent – c'est peut-être le cas pour certains. Contrairement à ce qui a été dit, l'article ne discrimine pas ces personnes : le dispositif ne permet pas de cibler ceux qui abusent.

L'objectif est d'apporter une réponse. Personne ne pourrait tolérer que l'on consacre de l'argent public pour des arrêts qui n'ont pas de raison d'être.

Vous dites que les arrêts maladie en téléconsultation sont en augmentation, mais cette majorité a ouvert les droits à des consultations psychiatriques, considérant que la période qui vient de s'écouler était singulière. N'étant pas spécialiste de la donnée de santé, je ne peux pas dire si les tendances à l'augmentation des arrêts maladie sont ou non liées à un épisode singulier de notre histoire.

Je soutiens toutefois ces amendements de suppression de l'article, et j'invite mes collègues de la majorité à y réfléchir.

M. Philippe Juvin (LR). S'il y a vraiment des abus, des contrôles sont effectués. C'est le cas pour les médecins qui font des consultations en face à face ; mais les médecins qui pratiquent les téléconsultations peuvent aussi être contrôlés. Je ne comprends pas ce retour en arrière.

M. Thomas Mesnier (HOR). Sans reprendre l'ensemble des chiffres, on peut réellement parler d'abus, et ils sont en croissance exponentielle. L'année dernière, plus de 2 200 assurés ont bénéficié de plus de quatre arrêts de travail en téléconsultation, par une personne qui n'était pas leur médecin traitant et 200 médecins ont prescrit plus de 70 arrêts maladie en téléconsultation à des personnes qui n'étaient pas leur patient. Il faut donc agir.

Les solutions proposées ne sont jamais parfaites. Néanmoins, au lieu de supprimer l'article 43, il faut le retravailler d'ici à la séance, pour rendre le cadre plus contraignant et éviter que ces abus ne se multiplient.

M. Philippe Vigier (Dem). Il n'y a pas plus d'arrêts de travail par téléconsultation dans les zones sous-denses qu'ailleurs, alors que la télémédecine est censée être la solution de remplacement, en l'absence des médecins. Je vous renvoie à l'élargissement de la télémédecine, à 1 million de téléconsultations par jour, en 2021. Puis l'accès a été resserré, les zones sous-denses étant bien davantage concernées que les zones sur-denses.

L'article est imparfait, certes, mais la solution que vous proposez avec sa suppression l'est encore plus.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS521 de M. Yannick Neuder.

M. Yannick Neuder (LR). Par cet amendement de rédaction globale, nous proposons de supprimer le dispositif de l'article 43.

Pour la plupart des employeurs, le délai maximum pour transmettre l'arrêt maladie est de quarante-huit heures : il est donc plus court que les trois jours de carence.

On accuse les patients de consulter en télémédecine jusqu'à trouver le médecin qui leur délivre un arrêt maladie. Il est pourtant plus facile de contrôler les abus – certains médecins ne font plus que de la téléconsultation – que de supprimer la faculté pour les médecins de réaliser 20 % de leur activité en télémédecine.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1178 de M. Paul-André Colombani.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement vise à porter à trois jours le délai à partir duquel le dispositif de l'article 43 s'applique. Cela correspond au délai de carence de la sécurité sociale.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS540 de Mme Sandrine Rousseau.

Mme Sandrine Rousseau (Écolo - NUPES). Par cet amendement de repli, nous proposons de continuer à indemniser les arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation effectuée lorsque le médecin traitant était absent ou que la téléconsultation a été assurée par un médecin remplaçant ou un médecin collaborateur.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait : les textes réglementaires le précisent déjà.

Je vous suggère de retirer l'amendement.

L'amendement est retiré.

Amendement AS57 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement de repli vise à indemniser le patient dont l'arrêt maladie a été prescrit en téléconsultation par un médecin déjà consulté dans les cinq dernières années.

Mme la rapporteure générale. La question a été posée lors des auditions : la Cnam ne peut pas contrôler ce point.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS58 de M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). Même logique, mais pour un médecin consulté au cours des deux dernières années.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS285 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement vise à limiter la possibilité de délivrer des arrêts maladie à deux téléconsultations successives.

Mme la rapporteure générale. Vous voulez durcir le dispositif, contre lequel vous avez voté.

Demande de retrait.

M. Thibault Bazin (LR). Je suis contre les abus, pas la téléconsultation. Elle est une vraie solution, mais le nomadisme médical pose un problème. Plutôt que de supprimer l'indemnisation, il faut lutter contre les abus.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1311 de M. Éric Bothorel.

M. Éric Bothorel (RE). Cet amendement de repli exempte du dispositif tous les territoires sous-dotés. Il est une invitation à réécrire l'article, qui est très mal rédigé, comme l'ont reconnu ceux qui l'ont défendu.

Mme la rapporteure générale. Le pays étant presque entièrement sous-doté, c'est une façon d'annuler le dispositif. Il n'y a pas davantage d'arrêts maladie en téléconsultation dans les zones sous-denses qu'ailleurs.

Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS470 de M. Jérôme Guedj et AS365 de M. Philippe Juvin (discussion commune).

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement de bon sens exclut du champ de l'article 43 les patients vivant en zone sous-dense, ceux qui n'ont pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec le délai de transmission de l'arrêt. Dans ces situations, la téléconsultation est non seulement pertinente mais recommandée par le Gouvernement.

M. Philippe Juvin (LR). Il s'agit de ne pas pénaliser les patients qui n'ont pas de médecin traitant.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1647 de Mme Stéphanie Rist.

Mme la rapporteure générale. L'amendement vise à garantir que les professionnels de santé et les assurés sont informés des nouvelles règles en matière d'indemnisation des arrêts de travail prescrits lors de téléconsultations.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 43 modifié.

Article 44

Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures

Amendements de suppression AS299 de M. Thibault Bazin, AS715 de M. Pierre Dharréville, AS954 de Mme Isabelle Valentin et AS1054 de M. Frédéric Valletoux.

M. Thibault Bazin (LR). Je suis favorable à lutter davantage contre les fraudes et à travailler certains sujets – l'année dernière, nous étions parvenus à un consensus, notamment sur les néocentres de santé – mais le dispositif de l'article 44 n'est sans doute pas le bon.

Il crée *de facto* une nouvelle procédure de sanction des professionnels de santé, à la suite d'un contrôle ou d'une analyse d'activité, qui s'ajoute aux cinq

procédures en vigueur. L'extrapolation semble pourtant contradictoire avec la procédure contradictoire. Dans la première, on soustrait une partie des conclusions à la preuve objective, tangible, qui permet l'échange contradictoire. Au lieu de faciliter l'action des caisses d'assurance maladie, on risque de multiplier les recours juridictionnels, dès lors que le praticien mis en cause se voit reprocher des griefs théoriques, auxquels on aboutit par le raccourci de l'extrapolation.

Cette sixième procédure, qui sera perçue comme culpabilisante, n'est pas nécessaire : on doit plutôt utiliser à bon escient l'arsenal impressionnant qui existe déjà.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je suis très favorable aux contrôles et à la lutte contre la fraude, mais le dispositif de l'article 44 pose des questions au regard du droit.

Les sanctions sont en effet prises non à partir de preuves et de faits établis, mais d'une extrapolation tirée d'un échantillon d'indus constatés. Il n'est pas certain que cela résiste à l'analyse du juge.

De plus, les dispositions renversent la charge de la preuve pour les établissements de santé qui seraient mis en cause et font peser une pression financière sur l'ensemble des établissements.

Il est préférable d'augmenter les moyens de celles et ceux qui font les contrôles.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Comme le précédent, l'article 44 paraît bizarrement pensé et rédigé : il ajoute une nouvelle procédure, qui alourdira la charge bureaucratique pour les établissements, puisque la Cnam leur transfère la charge de la preuve. Cela ne va pas dans le sens d'un allègement des procédures de santé pour les professionnels. C'est pourquoi mon amendement tend à supprimer l'article 44.

Mme la rapporteure générale. L'article vise à mieux outiller les caisses locales d'assurance maladie pour récupérer les indus lorsqu'elles constatent des irrégularités dans leurs contrôles des actes et prestations facturés à l'assurance maladie. Les caisses ne pouvant contrôler qu'une petite partie des factures, elles ne récupèrent qu'une petite partie de l'indu, ce qui constitue un préjudice important pour la collectivité.

L'article permet aux caisses qui détectent des irrégularités révélant un comportement systématique d'un professionnel d'estimer le montant total de l'indu, de façon à transiger sur un montant à recouvrer supérieur à l'indu prouvé.

L'inquiétude semble surtout provenir des établissements de santé, qui redoutent de se voir lourdement sanctionnés pour des irrégularités involontaires ou un alourdissement administratif. Le Gouvernement m'a certifié que la mesure ne cible pas les établissements de santé, et qu'elle n'entraînera pas de surcharge administrative.

Je suis donc défavorable à la suppression de cet article, qui vise à mieux lutter contre la fraude, et pourrait permettre de récupérer 5 millions d'indus dès 2023.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). L'article laisse entendre que l'extrapolation pourrait être systématique, ce qui est étonnant. Il faudrait préciser les cas dans lesquels on aura recours à cette procédure.

Le dispositif ne doit pas inciter à se passer du personnel nécessaire pour effectuer les contrôles.

Enfin, il faut indiquer la cible visée, s'il ne s'agit pas des établissements de santé.

Mme Josiane Corneloup (LR). Permettre une extrapolation à partir des indus constatés pose vraiment un problème puisque ces faits ne sont pas constatés. On inverse donc la charge de la preuve : il reviendra au professionnel de santé concerné de prouver qu'il n'a pas commis d'abus pendant les cinq ou dix années précédentes. On suspecte une intention de frauder : cela me dérange beaucoup.

M. Thibault Bazin (LR). Mme la rapporteure générale voit dans le dispositif une opportunité pour récupérer des indus. Je ne peux qu'y souscrire : s'il y a des indus, ils doivent être récupérés. Mais, tel qu'il est rédigé, l'article vise à constater des indus sur un échantillon et extrapoler sur la totalité de l'activité, sans les prouver, sans procédure contradictoire, alors que, de plus, des problèmes de cotation des actes peuvent se poser.

Certaines structures abusent : le directeur général de l'assurance maladie a engagé des poursuites pénales contre une douzaine de néocentres et une centaine sont visés. Il faut aller plus loin, et on voit que notre arsenal est insuffisant.

Mais l'extrapolation soulève des questions. Il faut retravailler l'article. La justice est humaine ; elle ne peut être qu'informatique – on ne maîtrise pas nécessairement les algorithmes. Il ne faut pas que, demain, les contentieux se multiplient et qu'on ne récupère même pas les indus constatés.

Mme la rapporteure générale. La détection a pour objet d'aider les contrôleurs et de leur donner davantage de moyens pour récupérer les indus. Dès qu'une irrégularité est découverte, ils lancent la méthode d'extrapolation puis discutent, de manière contradictoire, avec la personne, pour décider de l'indu à récupérer.

Nous pourrions toutefois réfléchir à préciser le dispositif d'ici à la séance.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Il faudrait aussi inclure dans l'article le fait que les établissements publics de santé sont exclus du dispositif.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 44 non modifié.

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 45

Dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

La commission adopte l'article 45 non modifié.

Article 46

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission adopte l'article 46 non modifié.

Après l'article 46

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement l'amendement AS614 de Mme Josiane Corneloup en discussion commune avec l'amendement AS961 de Mme Isabelle Valentin.

Amendement AS1053 de M. Frédéric Valletoux.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Il s'agit d'introduire un mécanisme de régulation pour contenir l'augmentation des dépenses des soins de ville, au sein de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam).

Selon les rapports de la Cour des comptes de 2018 et 2021 notamment, les efforts de régulation pèsent avant tout sur les établissements publics de santé – le Premier président l'a d'ailleurs récemment rappelé devant notre commission.

Mme la rapporteure générale. Je partage son objectif mais l'amendement vise une référence juridique de la loi organique qui est obsolète. Je vous propose de le retirer pour le retravailler d'ici à la séance.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je ne comprends pas l'amendement car les arbitrages ont été favorables aux établissements de santé – il en va ainsi des 20 milliards du Ségur de la santé.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Je parle des mécanismes de régulation de l’Ondam, qui existent depuis dix ou quinze ans, non des choix récents du Gouvernement.

La commission rejette l’amendement.

Article 47

Fixation de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs pour 2023

Amendement de suppression ASI576 de Mme Ségolène Amiot.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Comme chaque année nous dénonçons l’Ondam, tant dans son principe qu’en raison de l’insuffisance du montant prévu pour 2023. Je citerai quelqu’un que vous aimez bien : « *La santé n’a pas de prix. Le Gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies quoi qu’il en coûte.* ». Vous avez compris que c’était Emmanuel Macron, le 12 mars 2020. Pour faire ce qu’il a dit, nous proposons de supprimer l’Ondam afin que nos établissements de santé puissent enfin respirer, qu’ils aient des soignants, des moyens humains et du matériel, tout ce dont on a besoin pour travailler correctement.

Mme la rapporteure générale. Nous avons déjà eu cette discussion hier dans l’hémicycle, lors de l’examen du projet de loi de programmation des finances publiques. Vous voulez supprimer l’Ondam pour 2023 alors qu’il est en hausse de 3,7 %, ce qui portera son montant à 244 milliards d’euros. En 2018, il était de 195 milliards : l’augmentation est donc de près de 25 % en cinq ans.

Nous prenons en compte l’inflation, notamment pour les achats, et l’augmentation du point d’indice. La hausse est particulièrement forte pour les sous-objectifs concernant les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, le premier sous-objectif augmentant de 4,1 % et le second de 5,1 %. Je ne comprends donc pas ce qui motive votre refus de cet Ondam.

M. Arthur Delaporte (SOC). Je vais donc répéter ce que nous avons dit hier. Vous vous flattez d’une augmentation de l’Ondam, mais elle est en réalité inférieure à l’inflation. Ce que vous avez donné avec le Ségur, vous allez le récupérer par un Ondam clairement sous-évalué. On est clairement dans une logique de régression.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous sommes contre un objectif de dépenses. Vous aviez voté un budget en 2020, mais il a fallu l’augmenter « quoi qu’il en coûte », l’objectif de dépenses étant largement insuffisant. On ne sait jamais ce qui va arriver. Ce qu’on sait, en revanche, c’est que tous les établissements de santé sont en très mauvaise santé, sans mauvais jeu de mots, que beaucoup de collègues démissionnent et qu’il faut, comme vous l’avez dit, retrouver une attractivité pour ces métiers. Or ce n’est pas en fixant un objectif de dépenses que vous redonnerez

de l'attractivité. Nous souhaitons qu'il n'y ait plus d'Ondam : laissons respirer nos établissements de santé.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS40 de M. Thibault Bazin, AS471 et AS71 de M. Jérôme Guedj, AS257 de M. Joël Aviragnet, AS62 et AS68 de M. Jérôme Guedj, AS145 de M. Mickaël Bouloux, AS64, AS70, AS65, AS472 et AS66 de M. Jérôme Guedj (discussion commune).

M. Thibault Bazin (LR). L'amendement AS40 me tient à cœur, car il traite des soins palliatifs dans notre pays. Aujourd'hui, seules 100 000 personnes peuvent être accompagnées, alors que 300 000 le nécessitent. Vingt-six départements ne sont pas dotés d'unités de soins palliatifs. Si le Gouvernement a entendu répondre à cette situation en lançant un cinquième plan national pour le développement des soins palliatifs, force est de constater qu'il reste un décalage entre les ambitions et les moyens prévus. Si le plan national ambitionne de garantir un accès aux soins palliatifs à tous les citoyens sur tout le territoire, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) estime que les 5 millions d'euros prévus pour 2022 permettront de constituer au maximum quinze nouvelles équipes dans l'ensemble du territoire, soit une augmentation de seulement 2 % des capacités, alors qu'il faudrait les doubler pour atteindre l'objectif fixé.

Selon la Sfap, la garantie d'un véritable accès aux soins palliatifs coûterait 800 millions d'euros par an. Au regard des enjeux de fraternité, d'humanité et de solidarité liés à la question de la fin de vie, une telle somme n'a rien de déraisonnable dans un budget de 500 milliards. Le développement des soins palliatifs, pour permettre d'affronter un moment de la vie que nous connaissons tous à un moment, plus ou moins proche, est plus urgent que jamais. Faire cet effort, comme le demande l'amendement, serait un grand pas en avant.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 47 est le plus important du PLFSS. Pourtant, nous en parlons un peu à la hussarde, à la fin. Je le regrette car il y aurait beaucoup à dire sur les insuffisances ou en tout cas les inquiétudes qui existent. Vous mettez en avant avec beaucoup de virulence la progression nominale de l'Ondam, mais il faut la rapporter à la fois aux dépenses liées au covid et, surtout, à celles résultant de l'inflation.

Notre premier amendement vise ainsi à permettre de couvrir réellement les conséquences de l'inflation dans les Ehpad et les autres établissements accueillant des personnes âgées. Nous proposons pour eux 200 millions de plus. Je soutiens par ailleurs l'amendement de M. Bazin, qui met l'accent sur les soins palliatifs.

L'amendement AS71 concerne la psychiatrie. Pour avoir présidé un hôpital psychiatrique pendant une quinzaine d'années, je ne peux que confirmer l'état de détresse dans lequel se trouve la psychiatrie, et singulièrement la psychiatrie de secteur. Il convient de renforcer les efforts en la matière.

L'amendement AS257 tend à revaloriser la carrière des psychologues de la fonction publique hospitalière. À cette fin, nous demandons une réaffectation de 500 millions d'euros. Je ne crois pas avoir besoin de démontrer la pertinence et l'utilité des interventions des psychologues en milieu hospitalier. Or ils sont confrontés à une inégalité résultant du Ségur : ils n'ont pas bénéficié des mesures prévues dans ce cadre, ce qui conduit à un décrochage de leur rémunération. Ces professionnels ayant un bac+5 peuvent être moins rémunérés que certains de leurs collègues de niveau bac+3.

L'amendement AS62 revient sur la couverture des dépenses liées à l'inflation, cette fois pour les établissements de santé. Vous flirtez, en réalité, avec des niveaux d'Ondam qui n'ont rien à envier aux pires années que nous avons connues, entre 2005 et 2015, sous plus d'un gouvernement. Elles se sont traduites par la mise à l'os de notre système de santé, notamment l'hôpital public.

L'amendement AS68 tend à revaloriser les métiers de la santé et du médico-social en allant plus loin que les 100 millions d'euros évoqués dans le dossier de presse. À ce sujet, je tiens à dire que le dossier de presse ne nous aide pas à comprendre les priorités d'affectation des crédits. Je m'intéresse aux PLFSS depuis des années, et c'est la première fois qu'on ne nous dit pas, par exemple, combien de places on va créer en Ehpad.

La Fédération hospitalière de France (FHF) nous a alertés dès le 29 septembre sur le fait que les crédits prévus dans le cadre de l'Ondam revisité pour 2022 et de l'année 2023 ne compensent pas intégralement l'inflation et qu'aucun financement ne semble prévu pour couvrir les mesures de revalorisation qui ont été décidées, notamment à l'occasion de la crise du covid, pour les heures supplémentaires ou encore les gardes.

L'amendement AS145 a le même objet que le précédent.

L'amendement AS64 enfonce le clou au sujet des oubliés, des négligés du Ségur et des accords Laforcade, notamment l'ensemble des personnels administratifs et techniques. On estime que 3 000 agents, qui contribuent à la qualité du service public hospitalier, n'ont pas bénéficié d'une revalorisation, ce qui est un facteur de déstabilisation à l'intérieur des équipes. Alors que le covid avait renforcé la cohésion, vous accentuez les divisions.

L'amendement AS70 met de nouveau l'accent sur la psychiatrie. Il faut réellement mettre en œuvre les conclusions des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui demandaient la création de 800 postes dans les centres médico-psychologiques (CMP), étant entendu que les mêmes problèmes se posent dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et que l'effort envisagé ne suffira pas, puisqu'il ne représente qu'un quart d'équivalent temps plein par CMP. Nous proposons donc la création de 1 600 postes.

L'amendement AS65 vise à honorer la promesse du président Macron, reprise dans le discours de politique générale d'Élisabeth Borne, de créer 50 000 postes supplémentaires dans les Ehpad durant le quinquennat. Nous pensons pour notre part qu'il en faudrait au moins 100 000, comme la FHF l'a demandé. Il a fallu demander le chiffre pour 2023, car il ne se trouve pas dans le dossier de presse : ce PLFSS ne prévoit que 3 000 créations de postes, ce qui signifie qu'on ne s'inscrit même pas dans la trajectoire prévue. L'amendement AS65 permettra de la respecter en créant 10 000 postes l'an prochain. Ne nous parlez pas, à ce sujet, des difficultés de recrutement, qui nous sont objectées à chaque fois : pour y remédier, il faut doter suffisamment les établissements.

L'amendement AS472 permettra de renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs. Il faudrait s'assurer que chaque EHPAD a conclu une convention avec l'une d'entre elles. Ces équipes, malheureusement, ne maillent pas la totalité du territoire. Des formations sont nécessaires.

L'amendement AS66 vise à doubler les dotations d'investissement dans la santé et le médico-social, compte tenu de la vétusté des hôpitaux et des Ehpad – le rapport Libault a souligné que 25 % des Ehpad publics de France ont plus de quarante-cinq ans mais n'ont jamais connu d'opération de rénovation. Nous devons investir plus et mieux.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Pour renforcer certains crédits, vous en prenez dans d'autres enveloppes, alors que toutes les dépenses prévues dans le cadre de l'Ondam ont une utilité.

Vous avez évoqué des sujets majeurs, pour lesquels nous avons enclenché différents plans. Concernant les soins palliatifs, nous avons ainsi prévu 171 millions d'euros, dont 50 millions ont été engagés dès 2022 et 17 millions sont consacrés à des mesures nouvelles fléchées, ce qui témoigne de notre engagement.

S'agissant des psychologues en milieu hospitalier, je crois qu'une question de statut se pose. Il faut y réfléchir, mais ce n'est pas avec votre amendement que les salaires pourront augmenter.

Pour ce qui est des Ehpad, 130 millions d'euros sont prévus en 2023. J'ajoute que dix annexes sont consultables en ligne.

M. Jérôme Guedj (SOC). Comment de postes cela représente-t-il ?

Mme la rapporteure générale. Je n'ai pas le chiffre en tête, mais je pourrai vous le donner plus tard.

M. Arthur Delaporte (SOC). Si je comprends bien l'annexe 5, le PLFSS ne prévoit aucune autre revalorisation salariale que l'augmentation de 3,5 % du point d'indice intervenue à la mi-2022. L'Ondam n'est donc pas corrélé avec l'inflation,

et vous programmez en fait une stagnation des salaires des soignants. C'est un budget de régression que vous proposez.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet (RE). Une convention citoyenne sur la fin de vie commencera bientôt, et le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a souligné dans un avis qu'une des conditions pour qu'un débat apaisé ait lieu était le déploiement effectif des soins palliatifs dans tout le pays. La question des moyens compte.

Mme la présidente Fadila Khattabi (RE). À cet égard, nous avons demandé un rapport à la Cour des comptes, qui nous sera remis en mai. Le bureau de la commission a également acté le lancement d'une évaluation de la loi « Claeys-Leonetti ».

M. Yannick Neuder (LR). Nous sommes déçus que vous n'acceptiez aucun des amendements, en particulier celui de M. Bazin. On ne peut pas envisager de légiférer à nouveau sans évaluation de la mise en œuvre des lois précédentes. Les moyens nécessaires à leur application n'ont pas été prévus : 30 % des départements n'ont pas de services de soins palliatifs. Les patients en fin de vie dans ces départements sont en détresse. Ils ont besoin de soins palliatifs de qualité, avec du personnel formé, sachant qu'il n'est pas possible de trouver en un éclair des médecins et des infirmiers de soins palliatifs. On biaise un dossier sociétal important en se requestionnant et en envisageant de relégiférer alors qu'on n'a pas pris la peine de mailler le territoire, tous les 50 kilomètres, en soins palliatifs.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 47 non modifié.

Article 48

Dotation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Amendement AS286 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Je me suis demandé si je devais m'en tenir à considérer cette partie du projet de loi en tant que rapporteur ou si, par cohérence avec des combats menés par le passé et le regard que je porte sur cette branche, je ne devais pas déposer des amendements en tant que simple député, pour poser des questions.

Mon premier amendement concerne le niveau du transfert de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie. C'est comme le transfert de la branche famille à la branche maladie : on déshabille Pierre et Paul pour habiller Jacques. Nous avons désormais l'ambition de faire de la

prévention. Or il est possible d'aller plus loin en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

On peut également s'interroger sur les chiffres retenus. En 2017, la commission chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP avait évalué le montant entre 800 millions et 1,5 milliard d'euros. En 2021, l'évaluation était comprise entre 1,23 milliard et 2,1 milliards. L'écart est quand même considérable.

Mon amendement tend à ramener à 800 millions d'euros le transfert entre les branches. En tant que rapporteur – l'exercice est difficile quand on appartient à l'opposition ! –, j'observe néanmoins que le chiffre retenu par le Gouvernement ne paraît pas surévalué compte tenu de la dernière fourchette, très large, à laquelle est parvenue la commission d'évaluation, présidée par un magistrat de la Cour des comptes. Par ailleurs, la branche AT-MP dégage des excédents qui devraient dépasser 3 milliards d'ici à 2026.

M. Paul Christophe (HOR). C'est une branche que je connais bien. Comme l'a rappelé très justement M. le rapporteur, le chiffre inscrit dans le PLFSS correspond à la borne basse de la fourchette retenue par la commission d'évaluation. Par ailleurs, le transfert porte sur des sommes qui devaient échoir à la branche maladie. J'aurais plutôt pensé que M. le rapporteur nous proposerait de demander un rapport sur les causes de cette sous-déclaration.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). C'est plutôt un bon signe que cette branche soit en excédent. Cela signifie que la réparation à apporter est moins importante – car c'est de cela qu'il s'agit, même si je suis très sensible à l'argument portant sur la prévention. Celle-ci revient à l'assurance maladie : si vous plaidez pour la prévention, il est naturel de donner davantage de moyens à l'assurance maladie.

M. le rapporteur. Quand je déposais le même type d'amendement sous le précédent quinquennat, c'est Paul Christophe qui me répondait...

S'agissant de l'écart, je rappelle que certaines maladies professionnelles sont sous-déclarées. À la différence des accidents du travail, dont la déclaration doit être faite par l'employeur, c'est au salarié qu'il revient de demander la reconnaissance d'une affection comme maladie professionnelle. Par ailleurs, des fonds spécifiques ont été créés dans certains cas, notamment pour les travailleurs de l'amiante.

Enfin, notre ambition en matière de prévention doit peut-être nous amener à développer de nouvelles actions, en complément des trois rendez-vous qui seront bientôt organisés.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS241 de M. Thibault Bazin.

M. le rapporteur. J'émet en tant que rapporteur un avis défavorable à mon propre amendement...

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS584 de Mme Josiane Corneloup et AS930 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Josiane Corneloup (LR). Nous proposons, d'une façon médiane, de ramener le transfert de la branche AT-MP de 1,2 milliard à 1 milliard d'euros en 2023.

M. le rapporteur. Mon cœur voudrait émettre un autre avis, mais ma raison m'amène à être défavorable à ces amendements, compte tenu des éléments dont nous disposons. Néanmoins, la représentation nationale pourrait corriger en séance le montant du transfert.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 48 non modifié.

Article 49

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

La commission adopte l'article 49 non modifié.

Après l'article 49

Amendement AS346 de M. Philippe Juvin

M. Philippe Juvin (LR). Il s'agit des risques de fraude lors des versements des prestations de retraite à des personnes résidant hors de France. La Cour des comptes a établi en 2017 que 2,7 millions de prestations de retraite étaient versées à des assurés résidant à l'étranger, pour un montant total de 6,5 milliards d'euros, montant qui avait augmenté de 35 % au cours de la précédente décennie.

Certains commentateurs se demandent si des bénéficiaires de ces pensions existent bien et sont toujours vivants. Nous proposons donc que les consulats le vérifient chaque année.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour la branche vieillesse. Cet amendement est important. J'ai moi-même échangé avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) pour tenter de limiter ces fraudes. Néanmoins, votre demande me semble satisfaite : l'année dernière, dans le cadre de la LFSS 2021, nous avons prévu un système de contrôle annuel de l'existence des bénéficiaires de

pensions françaises à l'étranger, par le biais d'un système biométrique, sous le contrôle des autorités françaises. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

Nous devons naturellement veiller à la bonne application de ce nouveau système ; on peut interroger la Cnav à ce sujet. J'avais déposé un amendement visant à ce que les pensions soient versées sur des comptes domiciliés à l'étranger auprès de banques européennes, qui sont plus faciles à contrôler. Malheureusement, il a été considéré comme un cavalier, car il modifie ce système, mais pas les comptes de l'assurance vieillesse.

M. Philippe Juvin (LR). Je ne comprends pas : vous nous dites que la mesure est nécessaire ; la preuve, vous-même avez fait des propositions allant dans ce sens. Le système biométrique, en réalité, n'est pas opérant. Vous êtes d'accord pour dire qu'il y a des fraudes, c'est par cette affirmation que vous avez commencé – pour ma part, je n'ai pas dit qu'il y en avait, j'ai dit qu'il fallait le vérifier –, mais vous me demandez de retirer l'amendement. Faut-il comprendre qu'aucun amendement déposé par l'opposition ne peut recevoir d'avis favorable ?

M. le rapporteur. L'amendement tend à ce que les autorités françaises vérifient l'existence des prestataires ; de ce point de vue, il est satisfait. La disposition a été votée l'année dernière ; il est inutile de la voter à nouveau. À nous de contrôler si elle est bien appliquée – à cet égard, je suis d'accord avec vous. Une solution consisterait à domicilier dans des banques européennes les comptes sur lesquels les prestations sont versées, mais ce serait un cavalier.

La commission rejette l'amendement.

Article 50

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023

La commission adopte l'article 50 non modifié.

Article 51

Objectifs de dépenses de la branche famille

La commission adopte l'article 51 non modifié.

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

La commission adopte l'article 52 non modifié.

Article 53

Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)

*La commission **adopte** l'article 53 **non modifié**.*

*Puis, elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 **modifié**.*