

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition de M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, de M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et de 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) 2
- Présences en réunion 48

Lundi

26 septembre 2022

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 11

SESSION DE 2021-2022

**Présidence de
Mme Fadila Khattabi,
Présidente**



La réunion commence à vingt et une heures.

La commission auditionne M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, de 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).

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'apprête 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 considérions 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 télémédecine. 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 mesurées 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 pourrons 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 plaidait 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 budgétaires. 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 télémédecine. 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 diligenté 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'abstiendrais 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 buralistes 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 buralistes en danger, vous devez considérer que tel était aussi le cas de la proposition de M. Mélenchon.

Depuis cinq ans, nous accompagnons les buralistes 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 percevrons 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 télé-médecine ; 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 celui 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 tchats 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.

*

La réunion s'achève à zéro heures dix.

Présences en réunion

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, Mme Bénédicte Auzanot, M. Thibault Bazin, Mme Fanta Berete, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, M. Arthur Delaporte, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, M. Jean-Carles Grelier, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Monique Iborra, M. Philippe Juvin, Mme Fadila Khattabi, Mme Laure Lavalette, Mme Christine Le Nabour, M. Didier Martin, M. Thomas Mesnier, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Freddy Sertin, Mme Prisca Thevenot, Mme Isabelle Valentin, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. – M. Elie Califer, M. Olivier Falorni, Mme Caroline Janvier, M. Didier Le Gac, M. Matthieu Marchio, Mme Joëlle Mélin, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Olivier Serva

Assistaient également à la réunion. – Mme Ségolène Amiot, M. Frédéric Mathieu