

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

X V I <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier et MM. Cyrille Isaac-Sibille, Paul Christophe et Thibault Bazin, rapporteurs)..... 2
- Présences en réunion..... 57

Mercredi  
12 octobre 2022  
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 9

SESSION DE 2022-2023

**Présidence de  
Mme Fadila Khattabi,  
Présidente**



*La réunion commence à quinze heures.*

*La Commission poursuit l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier et MM. Cyrille Isaac-Sibille, Paul Christophe et Thibault Bazin, rapporteurs).*

**Mme Fadila Khattabi, présidente.** Chers collègues, nous avons examiné 354 amendements depuis lundi ; il nous en reste 323 : il serait bon d'accélérer.

### **Après l'article 25**

*Amendement AS1036 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS222 de M. Thibault Bazin, AS204 de M. Yannick Neuder et AS358 de M. Philippe Juvin, amendements AS949 de Mme Isabelle Valentin et AS793 de M. Thomas Mesnier (discussion commune).*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'amendement AS1036 traduit les recommandations émises par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de 2021, à savoir qu'il serait bon que les protocoles soient alignés sur la régulation pluriannuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Nous proposons que le protocole mentionné à l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale soit valable pour une durée de cinq ans et non de trois, que sa signature soit impérative et non seulement possible, et qu'il soit mis en œuvre à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023.

L'amendement AS222 va dans le même sens mais ne reprend pas cette dernière disposition.

**Mme Justine Gruet (LR).** L'amendement AS358 est défendu.

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement AS949 est défendu.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Afin de donner une meilleure visibilité aux acteurs, je propose, suivant les recommandations HCAAM, de porter de trois à cinq ans la durée de validité du protocole signé entre l'État et les différentes fédérations hospitalières, sur le modèle de la convention médicale. Cela permettrait d'aligner les durées et irait aussi dans le sens du projet de loi de programmation des finances publiques que nous avons examiné hier dans l'hémicycle.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** Avis défavorable sur l'ensemble des amendements. On doit pouvoir signer un protocole sur trois ans sans en être empêché par la loi. De plus, un engagement sur cinq ans me paraît délicat vu qu'il déborderait le mandat en cours. Et, pour aller dans le sens que vous indiquez, on trouve des éléments de réponse dans le projet de loi de programmation des finances publiques.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** La durée de cinq ans ne serait pas obligatoire : ce serait un maximum. On pourrait prévoir dans un premier temps une durée de quatre ans afin d'aller jusqu'au bout du présent mandat puis passer à cinq de manière à coller aux mandats politiques nationaux.

**M. Thibault Bazin (LR).** En général, les programmations se font sur cinq ans : c'est le cas de la programmation militaire, de celle de l'énergie et de celle de la justice. *Idem* pour les conventions médicales. Mais nous en débattons en séance.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS111 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Année après année, nous observons les effets de la tarification à l'activité (T2A), certains vertueux, d'autres dévastateurs, notamment pour ce qui concerne l'organisation des soins et le financement des établissements de santé. Aucun remède efficace n'a été apporté aux limites de la T2A. Son caractère inflationniste et, surtout, son absence de corrélation avec les besoins en santé des territoires sont deux de ses inconvénients majeurs.

À travers le présent amendement, nous souhaitons soulever le problème. Il s'agirait de fixer un plafond de financement par la tarification à l'activité, à hauteur de 50 % des ressources de chaque établissement. L'objectif est de trouver un mode de financement répondant mieux aux critères de qualité et de justesse des soins ainsi qu'aux besoins de santé de chaque territoire.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Nous avons inscrit dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé l'objectif d'une évolution vers un financement mixte, avec une partie à l'activité et une dotation socle pour trois ans. En outre, une expérimentation est prévue dans la loi, pour des unités de court séjour. Je crois avoir compris qu'avec la crise sanitaire, cela a pris du retard, mais nous souhaitons aller dans ce sens.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS948 de Mme Isabelle Valentin.*

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS112 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Toujours dans l'objectif de mettre en place un mode de financement qui permette de répondre efficacement aux besoins de chaque territoire, nous proposons d'étendre l'application du principe de responsabilité populationnelle, tel qu'il est défini par l'article L. 1434-10 du code de la santé publique : « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.* » Montrons notre confiance dans ces acteurs en créant un plancher de financement par responsabilité populationnelle à hauteur de 25 % des ressources de chaque établissement.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable, pour les raisons avancées précédemment.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS675 de Mme Justine Gruet.*

**Mme Justine Gruet (LR).** L'objet de cet amendement est d'appeler l'attention du Gouvernement et de l'ensemble de la représentation nationale sur les effets de la tarification à l'activité sur notre système de santé.

Cette méthode de financement des établissements de santé, mise en place à partir de 2004, repose sur la cotation de chacun des actes effectués pour déterminer le budget de chaque établissement. Si nul n'en conteste les apports, notamment comparativement à la dotation globale de financement, nul ne conteste non plus qu'elle puisse susciter de nombreuses critiques.

Notre système hospitalier a dû faire face aux vagues successives de covid-19. Parce qu'ils sont tout simplement humains, les personnels soignants n'ont pas tous souhaité poursuivre leur mission dans ces conditions. Certains ressentent de la déception lorsqu'ils confrontent l'idée qu'ils se font de leur métier avec la réalité. En dépit d'un rythme de travail éreintant, d'autres ont continué à appliquer la logique de rentabilité quand bien même l'urgence pouvait être ailleurs. Le poids de la bureaucratie et la nécessité de justifier tous les actes pèsent sur leur quotidien. Ils se plaignent de voir leurs missions détournées de leur but initial et nous le font savoir. Le temps passé avec les patients devient secondaire. Cette réalité marque l'échec des pouvoirs publics de tous bords.

Par cet amendement d'appel, nous entendons envoyer un signal à ces personnels soignants. Il s'agit de réduire le temps qu'ils consacrent au travail administratif afin d'augmenter celui qu'ils passent à soigner les patients, de revaloriser leur cœur de métier et de leur redonner du pouvoir de décision au sein de leur établissement. Pour cela, il faut engager une remise à plat de notre système, grâce à une réflexion transpartisane. Dans un pays soumis à de si fortes tensions, il est de la responsabilité de la représentation nationale de s'atteler à un travail de fond et d'engager l'ensemble de nos institutions dans la voie de la sobriété bureaucratique.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Je vous rejoins néanmoins sur un point : s'il y a bien une chose à laquelle nous devons travailler, c'est à la transformation du financement de manière à faire converger les modes de rémunération des professionnels, notamment des médecins, afin, d'une part, de sauver l'hôpital, d'autre part, d'éviter la différenciation entre médecine de ville et hôpital.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je m'étonne, alors qu'on dit vouloir transformer le mode de tarification, qu'on applique la T2A à partir du 1<sup>er</sup> janvier à des secteurs qui jusqu'alors n'en relevaient pas, comme les soins de suite et de rééducation. Les services hospitaliers ne disposent d'aucune information ni d'aucune projection sur ce qui va se passer en 2023. Les premiers retours dont nous disposons font penser que cela va plutôt faire perdre des moyens aux hôpitaux. Il serait bon d'être un peu cohérent.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS226 de M. Thibault Bazin, AS618 de Mme Josiane Corneloup, AS965 de Mme Isabelle Valentin et AS1055 de M. Frédéric Valletoux.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'amendement tend à simplifier les règles et les circuits de facturation, de manière à libérer du temps. Appliquer la facturation individuelle des établissements de santé (Fides) à l'hospitalisation complexifierait la facturation à l'hôpital, sans aucune valeur ajoutée, et ferait peser un risque non négligeable sur les recettes et la trésorerie des établissements. C'est pourquoi je propose de supprimer la facturation directe à l'assurance maladie des frais d'hospitalisation, médicaments, produits et prestations.

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement AS618 est défendu.

**Mme Isabelle Valentin (LR).** Dans un souci de simplification, il serait nécessaire de supprimer l'application de la Fides à l'hospitalisation. Elle ne ferait que complexifier la facturation à l'hôpital, sans améliorer la prise en charge des patients.

**M. Frédéric Valletoux (HOR).** Il serait bon de faire de temps en temps des gestes en direction des personnels pour simplifier le fonctionnement de l'hôpital. Celui que nous proposons est simple. Il permettrait de libérer du temps, au bénéfice sans doute de l'accompagnement des patients, et d'atténuer le sentiment de bureaucratisme que peuvent ressentir les hospitaliers face à la croissance incessante des tâches administratives.

La réforme visée par les amendements, qui a été engagée il y a une douzaine d'années – nous n'en sommes pas comptables –, alourdit le quotidien des hospitaliers. Il faut avoir la lucidité d'admettre qu'elle ne fonctionne pas. Elle contraint à envoyer un bilan quotidien de l'activité hospitalière à l'assurance maladie, alors que le système précédent prévoyait une facturation mensuelle. Si d'autres types d'établissement sont davantage tournés vers les consultations, elle n'est pas adaptée aux hôpitaux. Lors du Ségur de la santé, sa suppression avait été considérée comme une réforme facile, simple et sans doute utile pour l'hôpital, mais elle n'a malheureusement pas été mise en œuvre. L'adoption de ces amendements serait un signal positif envoyé aux hospitaliers au moment où l'on parle d'alléger les charges administratives à l'hôpital.

**Mme la rapporteure générale.** À ce stade de la discussion, mon avis est défavorable. Il serait préférable d'en débattre en séance.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS114 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Il s'agit d'un amendement d'appel. Nous demandons la remise au Parlement d'un rapport sur la création d'un fonds permanent dédié à l'investissement dans les hôpitaux publics. La visibilité des programmations d'investissement dans les hôpitaux publics a été encadrée ces dernières années par les plans hôpitaux 2007 et 2012, et plus récemment par le Ségur de la santé, dans un contexte de contraction de l'investissement : la part de celui-ci par rapport aux recettes a été divisée par deux entre 2009 et 2019.

La création d'un tel fonds donnerait une meilleure visibilité financière aux acteurs du secteur, conformément aux conclusions du rapport de la commission d'enquête sénatoriale présidée par Bernard Jomier. Elle renforcerait, en outre, notre rôle tant de décision que

d'évaluation, en nous donnant la possibilité de débattre du sujet à l'occasion de la programmation pluriannuelle.

**Mme la rapporteure générale.** Je suis d'accord avec votre constat : l'hôpital public souffrait de sous-investissement depuis de nombreuses années. C'est pourquoi le Ségur de la santé a prévu, pour rattraper ce retard, 19 milliards d'investissements et un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé a été créé, doté de 1,1 milliard d'euros l'année dernière et de 1,3 milliard cette année. La visibilité souhaitée me semble assurée et l'amendement satisfait.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

La réunion est suspendue de quinze heures vingt à quinze heures quarante.

*Amendement AS119 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Elie Califer (SOC).** Nous recevons régulièrement des alertes de la part des professionnels des soins psychiatriques sur l'état de délabrement avancé des établissements. Depuis 2017, les établissements de psychiatrie, qui relèvent essentiellement du secteur public et fonctionnent grâce à une dotation annuelle de financement, ont connu une augmentation de 12,5 % de leurs crédits, soit deux fois moins que la progression du budget national dédié à la santé sur la même période. Ce sous-financement chronique a des répercussions sur les personnels, qui sont épuisés.

Étant contraints par les règles de recevabilité financière, nous demandons la remise d'un rapport au Parlement pour évaluer les besoins de la population en soins psychiatriques et chiffrer le financement nécessaire pour y répondre.

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

### CHAPITRE III

#### **Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins**

**Article 26 :** *Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale*

*Amendement AS1649 de Mme Stéphanie Rist.*

**Plusieurs commissaires.** Nous n'avons pas le texte de l'amendement !

**Mme la rapporteure générale.** Je vous le lis : « Compléter l'alinéa 5 par deux phrases ainsi rédigées : “La commission prévue à l'article L. 162-1-9 est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.” »

Il est nécessaire d'avoir une meilleure visibilité des charges supportées par les exploitants d'imagerie médicale, de manière à ajuster à la réalité les forfaits techniques remboursés par l'assurance maladie. Toutefois, la rédaction actuelle de l'article 26 prévoit que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut décider d'étudier ces charges sans concertation avec les partenaires conventionnels, selon une méthodologie qu'il aura lui-même définie. Ce mode de fonctionnement unilatéral me semble inutilement dommageable.

Pourquoi se priver de la connaissance que les radiologues ont eux-mêmes de leur secteur pour constituer un échantillon représentatif ? Autant les associer à cette démarche, qui n'en sera que mieux acceptée et plus objective. Et si cette démarche partenariale ne pouvait aboutir, le directeur de l'UNCAM, en vertu des dispositions de l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, aura la possibilité de décider des forfaits techniques.

Il est donc proposé que la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, qui rassemble les principaux représentants du secteur, soit consultée sur la méthodologie et le calendrier envisagés et qu'elle rende un avis sur les résultats obtenus.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Il est inadmissible que nous prenions connaissance d'un amendement par sa lecture à haute voix en commission. La méthode est cavalière. Vous aviez bien d'autres occasions pour le déposer – vous pouviez le faire d'ici à la séance. Nous ne participerons pas à ce vote, quand bien même l'amendement serait excellent.

**Mme la rapporteure générale.** Je l'ai déposé bien avant le début de la réunion !

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** En effet, l'amendement a été déposé hier soir à vingt et une heures vingt-deux. S'il n'est pas apparu sur Eliasse, c'est en raison d'un bug.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 26 ainsi modifié.*

**Article additionnel après l'article 26 :** *Priorisation de certains travaux du Haut Conseil des nomenclatures*

*Amendement AS1064 de M. Frédéric Valletoux.*

**M. Frédéric Valletoux (HOR).** Madame la rapporteure générale, vous avez raison de dire que parmi les réformes fondamentales qu'il faudra mener un jour, celle du financement est essentielle. C'est pourquoi le présent amendement est particulièrement important.

Dans un système de tarification à l'activité, la cotation des actes est un élément majeur du financement. L'amendement vise à permettre au Gouvernement d'accélérer la révision des échelles tarifaires des activités et des actes. À plusieurs reprises, la Cour des comptes a noté que dans nombre de cas, les tarifs n'étaient plus en adéquation avec les coûts associés. Un premier travail mené par le Haut Conseil des nomenclatures montre qu'il y a urgence à procéder à la révision des échelles tarifaires. En effet, depuis la création de la nomenclature, en 2005, les progrès médicaux et l'évolution des techniques médicales ont bouleversé l'économie de nombreuses spécialités.

**Mme la rapporteure générale.** Le Haut Conseil des nomenclatures a été mis en place l'année dernière et a plus de 13 000 actes à référencer. Si je comprends l'objet de votre amendement, je ne suis pas certaine qu'il relève de la loi. Les choses se feront toutes seules.

Je m'en remets à la sagesse de la commission.

**M. Frédéric Valletoux (HOR).** Le Haut Conseil est en effet récent, mais il a conduit ses premiers travaux avec une relative lenteur. Il s'agit d'un chantier important et urgent. Il faut impérativement accélérer le mouvement.

*La commission adopte l'amendement.*

## **Après l'article 26**

*Amendement AS1398 de Mme Laurence Cristol.*

**Mme Laurence Cristol (RE).** Il a été observé en France un retard du développement des techniques de radiothérapie innovantes, notamment parce que le mode de rémunération n'est pas favorable. En effet, le financement de la radiothérapie repose sur une double tarification qui engendre des distorsions tarifaires et une mauvaise allocation des ressources.

Ce constat de l'inadaptation du système n'est pas nouveau et est partagé tant par les pouvoirs publics que par l'assurance maladie, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les professionnels de radiothérapie et les fédérations hospitalières.

Si une expérimentation d'une durée de quatre ans a été lancée, permettant de confirmer l'évolution vers un modèle de financement forfaitaire, la concrétisation de la réforme est toujours attendue. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, le ministre des solidarités et de la santé, Olivier Véran, avait affirmé qu'elle aboutirait prochainement. En dépit de ce consensus, la réforme est constamment reportée, ce qui entraîne le maintien d'une tarification peu adaptée et néfaste à l'innovation en santé.

Le rapport que je demande permettrait de dresser un constat précis de la situation, de l'impact économique attendu de la réforme et de ses potentiels bienfaits pour les patients.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Le Gouvernement s'est engagé à mettre en place la forfaitisation des tarifs de la radiothérapie, et il est nécessaire d'avancer. Le temps n'est plus aux rapports. Il faut que nous ayons le débat en séance.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** La réforme du financement de la radiothérapie est absolument essentielle si l'on veut développer l'accès aux thérapies innovantes. La France accuse un réel retard en la matière. L'Assemblée avait adopté il y a quelques années un nouveau mode de financement qui est resté dans les limbes du ministère. Il faut impérativement que nous débattions avec le Gouvernement en séance pour qu'un coup d'accélérateur soit donné – j'avais d'ailleurs prévu de déposer un amendement en ce sens.

*L'amendement est retiré.*



**Article 27 : Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses**

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement AS1151 de Mme Katiana Levavasseur.*

*Amendement AS1536 de M. Thomas Mesnier.*

**M. Thomas Mesnier (HOR).** L'article 27 fait suite à certains débats et est une réponse aux profits réalisés durant la crise sanitaire. L'amendement que je propose vise, lui aussi, des économies pour les finances publiques, tout en étant vigilant à ce que le dispositif ne fragilise pas le tissu des laboratoires indépendants – car c'est la crainte qu'on peut avoir. Il s'agirait de prévoir une baisse de 1 centime des tarifs de la lettre clef B à compter du 1<sup>er</sup> février 2023, dans l'attente qu'une discussion s'engage entre l'assurance maladie et les biologistes médicaux sur une réforme structurelle du financement de la biologie médicale.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

J'entends votre crainte, et je présenterai ultérieurement un amendement qui, je l'espère, sera de nature à vous rassurer.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle **rejette** l'amendement AS1135 de Mme Katiana Levavasseur.*

*Amendement AS1648 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de l'amendement que j'évoquais à l'instant.

La baisse des tarifs des actes de biologie médicale, à hauteur d'au moins 250 millions d'euros en 2023, ne doit pas se traduire par la diminution du nombre d'implantations des laboratoires de biologie médicale. L'accès aux examens de biologie médicale est un élément clef pour la prise en charge de premier recours. Il importe d'inscrire dans la loi l'obligation de maintenir les implantations des laboratoires, afin que ce paramètre soit pris en considération lors de la négociation du protocole pluriannuel avec la profession.

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

*Puis elle **adopte** l'article 27 ainsi **modifié**.*

**Article 28 : Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire**

*Amendement AS1042 de M. Jean-François Rousset.*

**M. Jean-François Rousset (RE).** Nous sommes tous d'accord pour dire que la téléconsultation est un formidable outil à développer, notamment dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante. Dans le même temps, il paraît indispensable que les sociétés de téléconsultation garantissent qualité et sécurité des soins aux Français.

L'article introduit un référentiel de bonnes pratiques professionnelles établi par la Haute Autorité de santé (HAS) à l'intention des sociétés de téléconsultation. Toutefois, il ne prévoit aucun dispositif permettant de s'assurer que celles-ci appliqueront effectivement ce référentiel. Mon amendement vise donc à créer une procédure de certification à cette fin sous l'égide de la HAS.

**Mme la rapporteure générale.** Je vous propose de le retirer au profit de ceux de Thomas Mesnier sur le même sujet, qui vont venir en discussion dans quelques instants.

*L'amendement est retiré.*

*Amendements identiques AS884 de Mme Sandrine Rousseau, AS908 de M. Pierre Dharréville et AS1523 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** L'amendement AS884 vise à ce que les sociétés privées de téléconsultation n'aient pas d'autre objet social que de proposer une offre médicale de téléconsultation.

Le recours à des sociétés privées pour proposer un service de téléconsultation marque une défaillance du service public dans sa capacité à assurer les besoins essentiels de nos concitoyens en matière d'accès aux soins. Toutefois, à défaut d'un service public efficient de téléconsultation, nous soutenons le déploiement de ces sociétés. Nous n'en devons pas moins rester très vigilants quant aux activités privées lucratives qu'elles exercent, afin de prévenir tout conflit d'intérêts et de mieux contrôler ces activités.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Le sujet, très nouveau, pose d'énormes problèmes. Qu'en est-il de la qualité des entreprises, de son évaluation ? Que se passe-t-il si, en lien avec une technologie américaine, elles viennent imposer une extraterritorialité et donnent ainsi accès à des données de santé, qui sont par définition vitales ?

La certification est fondamentale, car il y a dans ces sociétés un gros problème de protection des données. Tel est le sens de l'amendement AS1523.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Afin d'encadrer plus strictement les sociétés de téléconsultation, il convient de restreindre l'agrément aux sociétés dont l'objet est l'offre médicale de téléconsultation et elle seule. Cela empêchera des conflits d'intérêts. Je songe, par exemple, à la société Doctolib.

**Mme la rapporteure générale.** Elle n'est pas concernée ici. L'article parle des sociétés qui salarient des médecins, comme Qare, Livi ou Medadom, et non de celles qui, comme Doctolib, gèrent les rendez-vous de médecins libéraux.

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) s'applique aux sociétés visées et l'article 28 lui-même prévoit des garde-fous, par exemple en les empêchant d'être sous le contrôle d'une firme pharmaceutique.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Au-delà du cas de la société dont on a cité le nom et à laquelle je n'ai pas besoin de faire de publicité, des plateformes du même type pourraient décider de salarier elles-mêmes des médecins pour créer en leur sein une entité de téléconsultation. Il faut l'empêcher.

En outre, dans le contexte de désertification médicale, le risque existe que les médecins puissent être absorbés par cette activité. Il faudrait discuter du droit pour un médecin d'exercer à la fois dans son cabinet et dans une société de ce genre.

**Mme la rapporteure générale.** En 2020, les médecins salariés par les plateformes représentent 268 équivalents temps plein médicaux, soit 0,3 % de l'activité des généralistes. Toutefois, dans l'hypothèse où cela pourrait évoluer, il faut absolument un cadre juridique et des garde-fous. C'est précisément l'objet de l'article.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS1030 de M. Pierre Dharréville.*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Afin d'encadrer plus strictement l'activité des sociétés de téléconsultation, mon amendement exclut qu'elles puissent être sous le contrôle d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de dispositifs permettant la réalisation des actes de téléconsultation.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable : l'amendement rend la téléconsultation impossible puisqu'il écarte les fournisseurs de dispositifs médicaux permettant la téléconsultation.

**M. Arthur Delaporte (SOC).** Nous soutenons l'amendement. Il faut impérativement de la régulation pour éviter les conflits d'intérêts. Ce n'est pas parce que l'on a une activité de téléconsultation que l'on fournit les dispositifs permettant de réaliser les actes. Dans cette hypothèse, il n'y aura pas de conflit d'intérêts entre l'opérateur et le fournisseur ou le fabricant du service ou de la plateforme. Ainsi, l'amendement permet d'éviter les situations d'enrichissement ou de monopole, de contrôle de l'ensemble de la chaîne, donc les abus de pouvoir sur ce marché faiblement concurrentiel.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** En distinguant la fourniture des dispositifs de l'activité de téléconsultation elle-même, il s'agit en effet d'empêcher que les fournisseurs de dispositifs numériques ou physiques – des cabines, par exemple – soient organisateurs de téléconsultations.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS846 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de laisser aux entreprises un délai de mise en conformité après l'entrée en vigueur de l'article.

**Mme la rapporteure générale.** Je vous propose de retirer votre amendement au profit des amendements à venir de Thomas Mesnier sur le même sujet.

*L'amendement est retiré.*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Nous apprenons par voie de presse que demain, les commissaires des affaires sociales appartenant à la majorité seront reçus à l'Élysée par Emmanuel Macron pour parler du PLFSS et éventuellement des retraites. Je croyais qu'on recherchait le compromis, qu'on travaillait ensemble...

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Quelle est la question, madame Fiat ?

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Pendant que nous examinons le PLFSS en commission des affaires sociales, nous apprenons que vous allez avoir une discussion sur les retraites dans le PLFSS. Pouvez-vous nous confirmer ce que nous venons d'apprendre ?

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** D'abord, c'est hors sujet par rapport à l'article en discussion. Ensuite, je ne commenterai pas la presse ici. Je n'en dirai pas plus.

Nous poursuivons nos travaux.

*Amendement AS67 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Arthur Delaporte (SOC).** Il s'agit de garantir que les sociétés de téléconsultation agréées respectent le RGPD, qui est la base juridique la plus solide pour le patient.

La plateforme Doctolib, qui exerce un monopole de fait, a suscité l'inquiétude parmi ses utilisateurs : depuis le 31 août 2022, l'entreprise peut collecter des données personnelles concernant leur âge, leur sexe, leur profession, mais également la durée des téléconsultations ou leur motif. Ce changement est intervenu alors même que la plateforme disposait de sous-traitants étrangers, notamment aux États-Unis. Par ailleurs, des questions subsistent touchant le chiffrage des données, inégal en fonction du moment du parcours de l'utilisateur ; cela concerne en particulier la prise de rendez-vous.

**Mme la rapporteure générale.** Demande de retrait.

Comme je l'ai dit, le RGPD s'applique à ces sociétés.

**M. Arthur Delaporte (SOC).** Je retire l'amendement, mais il existe des craintes légitimes quant à l'application réelle du RGPD : il faudrait de véritables contrôles et des engagements plus fermes des entreprises.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS1131 de M. Thomas Mesnier.*

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Aux termes de l'article 28, les sociétés de téléconsultation doivent obtenir un agrément du ministre qui garantit la conformité de leurs outils et services numériques aux règles relatives à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité applicables. Or l'article que le texte modifie à cette fin, issu de la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, n'offre pas des outils suffisants au regard des enjeux de régulation des outils et services de téléconsultation et, plus largement, des services numériques en santé, notamment compte tenu de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Nous proposons donc que soient pris en considération l'ensemble des référentiels, notamment ceux relatifs à l'éthique.

**Mme la rapporteure générale.** J'y suis favorable, comme je le serai aux amendements AS1622 et AS1621, qui vont de pair avec le présent amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS844 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous devons susciter la confiance dans notre système de télémédecine. À cette fin, je propose que la société de téléconsultation se soumette à un processus de certification, qui nécessitera le respect du référentiel hébergeur de données de santé et des règles attachées à la norme ISO 27001. Vous me direz sans doute que c'est déjà précisé ailleurs, mais, dans un article sur le sujet, cela va mieux en le disant.

**Mme la rapporteure générale.** Ce que permet l'amendement de Thomas Mesnier – il pourra l'expliquer en termes plus techniques – ne s'appelle pas certification, mais revient à faire la même chose en mieux.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS845 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il vise à préciser que les structures constituées sous la forme d'organisations coordonnées territoriales permettent le retour des patients dans un parcours de soins coordonné et l'attribution d'un médecin traitant. C'est la condition d'une réponse coordonnée autour du patient et d'un suivi de qualité dans la durée.

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

*Amendement AS1538 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Compte tenu de notre appréhension quant au respect du RGPD et du problème d'extraterritorialité que j'ai précédemment soulevé, il s'agit de préciser que les données personnelles des patients et les données de santé générées par l'activité des sociétés de téléconsultation sont stockées dans un cloud souverain hébergé en France.

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

*Amendement AS1045 de M. Jean-François Rousset.*

**M. Jean-François Rousset (RE).** L'article crée un comité médical au sein de chaque société de téléconsultation. L'amendement vise à en préciser le rôle en lui ajoutant une mission de formation médicale continue à l'intention des médecins salariés des sociétés de téléconsultation. Il est en effet indispensable de garantir la qualité et la sécurité des soins qu'elles proposent.

**Mme la rapporteure générale.** Avis très favorable.

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

*Amendements AS1622 et AS1621 de M. Thomas Mesnier (présentation commune).*

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Il est nécessaire d'améliorer la conformité des outils et services numériques des sociétés de téléconsultation en modifiant l'article déjà cité de la loi de 2019. Par ailleurs, le PLFSS 2022 a introduit un modèle de prise en charge de la télésurveillance par l'assurance maladie qui repose sur le recours obligatoire à des dispositifs médicaux de télésurveillance et subordonne leur prise en charge à leur conformité aux référentiels.

L'amendement AS1622 tend à renforcer les mécanismes de vérification de conformité et à subordonner au respect des référentiels la prise en charge par l'assurance maladie de tout outil numérique, sous peine de sanctions financières dont le produit financera l'exercice par l'Agence du numérique en santé des missions de régulation des outils numériques.

L'amendement AS1621 décale l'entrée en vigueur de ces sanctions au 31 décembre 2024 au plus tard.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **adopte** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 28 **modifié**.*

**Article additionnel après l'article 28** : *Réalisation et accompagnement des actes de téléconsultation par un professionnel de santé*

*Amendements identiques AS555 de Mme Josiane Corneloup et AS902 de Mme Isabelle Valentin.*

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Les actes de téléconsultation, dont le développement ne peut que nous réjouir, doivent être réalisés et accompagnés par un professionnel de santé, pour mieux encadrer cette pratique, éviter les abus et répondre aux attentes des patients.

**Mme Isabelle Valentin (LR).** Les téléconsultations sont l'un des moyens d'améliorer l'accès aux soins, mais elles doivent être encadrées pour éviter les abus et répondre aux attentes et au besoin de confiance des patients.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**M. Yannick Neuder (LR).** Quels arguments justifient de refuser qu'un professionnel de santé, souvent paramédical, accompagne les personnes âgées lors des téléconsultations ?

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Je ne comprends pas l'avis de la rapporteure générale. Lorsque je m'étais opposée à la télémédecine, Mme Buzyn, alors ministre de la santé, m'avait démontré par a + b qu'il y aurait toujours un professionnel de santé de chaque côté de l'écran et s'y était engagée.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Le développement de la téléconsultation s'annonce, mû par des intérêts financiers. Cette pratique est en train de prendre une grande place dans la marchandisation de la santé. Quand on installe des cabines dans un supermarché pour y vendre de la téléconsultation, cela pose un problème pour la santé comme pour les comptes de la sécurité sociale. Il faut donc réfléchir à tout ce qui concourt à encadrer cette activité et à la protéger de pratiques mercantiles.

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Cet été, au comptoir de ma pharmacie, j'ai reçu un patient qui souhaitait bénéficier d'une téléconsultation pour un mal de gorge. Un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) a montré qu'il s'agissait d'une angine virale, si bien que la téléconsultation n'était pas utile. Sans intermédiaire, cette personne aurait eu recours à une téléconsultation alors qu'elle n'en avait pas vraiment besoin. D'où l'intérêt de contrôler l'accès à la téléconsultation.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** La pratique de la téléconsultation débute ; elle permet d'alléger la charge des médecins, de pallier les déserts médicaux. Mais, d'ici quelques années, on y introduira toutes sortes de techniques d'intelligence artificielle et leur usage ne sera absolument plus le même. Pensons-y dès aujourd'hui et prévoyons un maximum de garde-fous.

**Mme la rapporteure générale.** Je comprends ce qui est dit, mais je maintiens mon avis défavorable, pour deux raisons.

Premièrement, la rigidification qu'entraînent les amendements et qui pourrait avoir des effets de bord. Deuxièmement, la téléconsultation peut être correctement menée, même sans accompagnement au démarrage. La présence d'un professionnel est certes préférable – pas nécessairement un professionnel de santé, d'ailleurs : ma circonscription compte des télécabines dans des maisons France Services et dans des collectivités, mais aussi des valises de téléconsultation dans les pharmacies –, mais quand une personne jeune entre dans une cabine pour poser une question simple, je ne crois pas qu'il y ait un risque à ce qu'elle ne soit pas accompagnée par un professionnel de santé.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je soutiens les amendements. Je ne vois pas quels pourraient être leurs effets de bord. En revanche, j'ai été témoin de dérives dans deux cabines de télé médecine de mon département. Les personnes âgées doivent y être accompagnées. Dans une pharmacie, il y a toujours des professionnels de santé, mais j'ai vu dans une maison France Services une personne de 85 ans dont l'hôtesse n'avait pas le temps de s'occuper et qui a dû attendre trois quarts d'heure sur une chaise. Si l'on veut un processus de qualité, il ne faut pas permettre cela. D'ailleurs, en Ehpad, il y a toujours quelqu'un pour aider les patients à se servir des cabines de télé médecine.

**Mme la rapporteure générale.** Les amendements ne concernent pas seulement les personnes âgées, ils s'appliquent à tout le monde.

**M. Yannick Neuder (LR).** J'ai du mal à comprendre le point de vue de la rapporteure générale. Gabriel Attal a souhaité supprimer la possibilité de délivrer des arrêts de travail par téléconsultation pour lutter contre la fraude. L'encadrement de la téléconsultation et la présence d'un professionnel de santé au côté du patient pourraient justement avoir un effet dissuasif dans ce domaine : on hésitera davantage à demander de multiples arrêts de travail à un médecin toujours différent si on sait qu'on sera vu chaque fois par le professionnel de santé affecté à la cabine.

**Mme Nicole Dubré-Chirat (RE).** Ces cabines disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre sans aucune présence humaine sont déstabilisantes pour les patients. À l'heure où l'on parle de la nécessité d'un accueil physique un peu partout dans les services publics, les « tapez 1 », « mettez le stéthoscope sur votre thorax à droite, à gauche » ou « tapez 2 », « regardez le fond de vos yeux » ne me paraissent pas relever d'une médecine adaptée à notre temps, quel que soit l'âge du patient. Veut-on que les cabines se multiplient dans des centres comme en Italie ? Sans compter le risque d'erreurs de diagnostic.

**Mme Isabelle Valentin (LR).** La téléconsultation est censée permettre l'accès aux soins. Or celui-ci doit être équitable : on ne peut pas accepter une médecine à deux vitesses. Certains auraient le droit d'aller chez le médecin quand d'autres seraient obligés de faire appel à la téléconsultation ? Pour l'équité entre patients d'un territoire à l'autre, la

téléconsultation doit être encadrée, sinon il y aura des dérives. Elle doit donc avoir lieu dans les maisons de santé ou les officines et être encadrée par un médecin.

**M. Arthur Delaporte (SOC).** La médecine ne peut s'exercer de manière totalement dématérialisée. Même quand on y introduit une forme de dématérialisation, un encadrement, un accompagnement et un minimum d'humanité sont nécessaires. On ne peut pas se contenter de placer les patients face à un robot, au risque d'erreurs de diagnostic très pénalisantes.

*La commission **adopte** les amendements.*

## **Après l'article 28**

*Amendements identiques AS564 de Mme Josiane Corneloup et AS911 de Mme Isabelle Valentin.*

**Mme Isabelle Valentin (LR).** Il s'agit d'étendre aux téléconsultations le principe de participation forfaitaire des assurés. Les téléconsultations seraient inscrites dans le régime de droit commun de la sécurité sociale et soumises aux mêmes contraintes de remboursement que les consultations en cabinet, au nom du respect des parcours de soins et pour éviter toute dérive des dépenses publiques.

**Mme la rapporteure générale.** Si je comprends bien l'amendement, il est satisfait depuis le 1<sup>er</sup> octobre dernier.

*Les amendements sont **retirés**.*

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** les amendements identiques AS546 de Mme Josiane Corneloup et AS892 de Mme Isabelle Valentin.*

## CHAPITRE IV

### **Rénover la régulation des dépenses de produits de santé**

**Article 29 :** *Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé*

*Amendements de suppression AS1627 de Mme Stéphanie Rist et AS440 de M. Thibault Bazin.*

**Mme la rapporteure générale.** Il convient de supprimer ici la disposition que nous avons transférée à l'article 9.

**M. Thibault Bazin (LR).** Mon amendement, lui, était motivé par les questions que soulève l'article. J'ai bien compris qu'il y aurait un amendement gouvernemental sur le sujet ; nous l'attendons. Je me réjouis que l'amendement aboutisse, même si ce n'est pas pour les raisons pour lesquelles je l'avais déposé !

**M. Philippe Vigier (Dem).** Quand pourrons-nous disposer de cet amendement du Gouvernement, pour savoir si nous redéposons les nôtres en vue de la séance ?



*La commission adopte les amendements.*

*En conséquence, l'article 29 est **supprimé** et les amendements AS1276 de M. Philippe Vigier, AS824 de M. Thibault Bazin, AS794 de M. Thomas Mesnier, AS357 de M. Philippe Juvin, AS1183 de M. Paul Christophe, AS1583 de M. Frédéric Mathieu, AS441 de M. Thibault Bazin, AS263 de M. Jérôme Guedj, AS443 de M. Thibault Bazin et AS1578 de M. Hadrien Clouet tombent.*

**M. Philippe Vigier (Dem).** Pourrais-je avoir une réponse de la rapporteure générale ?

**Mme la rapporteure générale.** Chacun son rôle. J'ai fait passer le message ; il a été entendu.

### **Après l'article 29**

*Amendement AS1401 de Mme Sandrine Rousseau.*

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** L'amendement vise à renforcer la transparence de l'ensemble des informations transmises par l'entreprise pharmaceutique au Comité économique des produits de santé (CEPS), organisme interministériel chargé de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. À cette fin, nous proposons que soient intégrés à la liste des critères de fixation des prix des médicaments les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées aux produits de santé, ainsi que les crédits d'impôt attribués par l'État.

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement, déposé tous les ans lors du PLFSS, est en grande partie satisfait.

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

**Article 30 : Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficience de leur prise en charge**

*Amendement de suppression AS1197 de Mme Katiana Levavasseur.*

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Il s'agit de maintenir notre indépendance industrielle.

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

*Amendements identiques AS225 de M. Thibault Bazin, AS169 de M. Jérôme Guedj, AS210 de M. Yannick Neuder, AS616 de Mme Josiane Corneloup et AS963 de Mme Isabelle Valentin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'enveloppe dédiée aux médicaments et dispositifs médicaux innovants augmente plus vite que l'Ondam hospitalier. Il s'agit d'éviter un financement de l'innovation pharmaceutique par les établissements de santé, en particulier les hôpitaux publics.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Il s'agit d'intégrer les remises sur chiffre d'affaires dans la construction de l'Ondam hospitalier. Beaucoup d'hôpitaux publics nous ont alertés sur le fait que la hausse de l'enveloppe dédiée aux médicaments innovants les obligeait à prélever dans des enveloppes consacrées à des soins plus courants. Le changement de la modalité de calcul permettrait de préserver l'étanchéité des enveloppes.

**M. Yannick Neuder (LR).** La valorisation et l'évaluation des essais cliniques sont souvent sous-évaluées dans les hôpitaux. C'est un peu la double peine : l'hôpital participe à l'évaluation des nouvelles molécules, mais n'en perçoit pas directement les bénéfices. C'est le problème plus général des lignes budgétaires destinées à la recherche, qui comblent les déficits des hôpitaux plus qu'elles ne permettent de franchir une nouvelle étape dans l'innovation.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Je comprends le souhait que la remise faite à l'hôpital revienne directement à l'établissement, mais les remises reviennent en recettes à l'assurance maladie. Il n'est techniquement et juridiquement pas envisageable de flécher les remises issues des médicaments achetés par les hôpitaux vers ces derniers. Ce serait contraire au principe budgétaire de non-affectation des ressources.

Monsieur Neuder, il existe des possibilités de fléchage financier vers la recherche dans le cadre des missions d'intérêt général et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS475 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Santé publique France approvisionne les établissements essentiellement en flux poussé et non en fonction des besoins des établissements, qui n'ont donc pas de maîtrise des approvisionnements – on l'a vu avec la crise sanitaire. Cela engendre des stocks parfois importants de médicaments, d'équipements de protection individuelle et de dispositifs médicaux qui peuvent n'avoir aucune utilité.

Je propose de supprimer les alinéas 4 et 5 de l'article 30, qui auraient pour effet de transférer à l'établissement la charge de démontrer l'usage qu'il a fait des produits de santé, en interne mais également dans son territoire, pour définir un niveau de facturation, alors qu'il n'avait pas été concerté ni à l'origine de la dotation ou de son calcul. Ces dispositions sont inopportunes, car on ne saurait être pénalisé si on n'a pas été décisionnaire.

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

*Amendement AS1310 de M. Paul Christophe.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Il vise à améliorer la tarification des médicaments de thérapie innovante (MTI) tout en conservant les dispositions d'étalement de paiement, de

gestion de l'incertitude et de préservation de la trésorerie des établissements prévues dans le projet de loi.

Il s'agit, dans un souci de lisibilité, de rapprocher la mécanique de tarification des MTI de celle des autres médicaments. En apportant une vision plus fidèle de la valeur des MTI, cet amendement préservera, en outre, l'attractivité de la France et un accès rapide des patients de notre pays aux thérapies innovantes.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Des discussions portant sur une modification d'une grande partie de ces articles sont en cours. Le Gouvernement m'a confirmé que nous aurions connaissance des amendements dès que possible.

**M. Paul Christophe (HOR).** Je vous remercie pour cette précision, mais vous conviendrez que nous ne sommes pas spécialement associés à ces réflexions. Il nous paraît important de rappeler, par cet amendement, que nous sommes très attentifs à l'accès des patients aux médicaments et aux thérapies innovantes.

**M. Thibault Bazin (LR).** Il reste des efforts à faire sur le plan de la méthode, et l'élaboration de ce texte échappe pour partie à la représentation nationale. Vu les enjeux de santé et les difficultés que l'on constate dans nos territoires, il serait important que le Gouvernement – je ne vous jette pas la pierre, madame la rapporteure générale – apprenne à nous associer davantage à ses choix, à ses réformes, afin qu'elles soient davantage coconstruites.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je voudrais simplement souligner que ce sujet et le précédent pour lesquels nous attendons un amendement gouvernemental ne sont pas identiques.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS444 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je propose d'introduire davantage de concertation dans l'application de ces mesures du PLFSS, notamment en procédant par voie conventionnelle et en travaillant avec le CEPS.

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

*Amendement AS445 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de réintroduire la négociation au cœur des réformes budgétaires.

**Mme la rapporteure générale.** Je vous demande de retirer l'amendement ; sans quoi, avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1017 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je propose, par cet amendement, de veiller à l'adaptation du modèle de financement aux particularités des pathologies visées à l'alinéa 9.

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

*Amendement AS446 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de faire en sorte que l'étalement de paiement des thérapies innovantes se fasse dans le cadre d'une concertation.

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

*Amendement AS1016 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** On entend beaucoup parler ces derniers jours, du côté du Gouvernement, de dialogue. Pour y faire écho, mon amendement renvoie au dialogue conventionnel entre les entreprises et le CEPS.

**Mme la rapporteure générale.** Il y a effectivement une écoute, et des modifications vont suivre.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS448 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** J'ai déposé cet amendement dans le même esprit que les précédents.

**Mme la rapporteure générale.** Dans le même esprit également, avis défavorable !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS447 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** En cohérence avec mes autres amendements, je demande la suppression de l'alinéa 13.

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

*Amendement AS1638 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'objectif est d'aménager la prévision de cessation de paiement afin de pouvoir prendre en compte la diversité des situations en lien avec l'administration de MTI, en particulier les thérapies géniques dont les coûts de fabrication sont particulièrement élevés.

**Mme la rapporteure générale.** Le projet de loi introduit ce qu'on peut appeler le principe du paiement à la performance, qui consiste à prévoir pour les médicaments innovants, souvent très chers, un tarif de base, par la suite adapté en fonction de l'efficacité du traitement. C'est un objectif partagé par le Gouvernement et les industriels. Néanmoins,

comme la rédaction ne paraît pas suffisamment précise à ces derniers, des discussions sont en cours.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** L'idée que les discussions obscures de couloir, auxquelles nous ne sommes pas invités, pourraient prendre en compte mes amendements me réjouit.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS826 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** C'est un amendement rédactionnel qui supprime notamment une virgule...

**Mme la rapporteure générale.** Sagesse.

Il ne s'agit pas seulement d'un amendement rédactionnel...

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1018 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je propose, une fois encore, de renvoyer à un dialogue conventionnel.

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

*Amendements identiques AS750 de M. Paul Christophe et AS827 de M. Thibault Bazin.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Les médicaments de thérapie innovante correspondent à des situations médicales et à des modes de prise en charge spécifiques. C'est pourquoi mon amendement vise à favoriser un suivi des patients et un recueil de données de meilleure qualité, en lien avec la convention qui serait établie entre le laboratoire et le CEPS.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette les amendements.*

*Amendements identiques AS141 de M. Thibault Bazin, AS338 de M. Philippe Juvin, AS1074 de Mme Danielle Brulebois, AS1279 de M. Philippe Vigier et AS1469 de Mme Sandrine Dogor-Such.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de supprimer la procédure de référencement par laquelle sont sélectionnés les médicaments remboursés au sein d'une liste de médicaments ayant une même visée thérapeutique. Cette mesure pourrait notamment conduire à la destruction du maillage des pharmacies d'officine, auquel nous sommes tous attachés, et à l'élimination de laboratoires qui cherchent à produire localement. Je ne suis pas certain que cette procédure, en l'état, soit cohérente avec d'autres objectifs que la plupart des forces politiques du pays partagent.

**Mme Justine Gruet (LR).** L'amendement AS338 est défendu.

**M. Philippe Vigier (Dem).** On passera un appel d'offres pour sélectionner un laboratoire qui fournira un générique. Or si le volume produit par ce laboratoire est insuffisant, il y aura une rupture de stocks. Comment fera-t-on ?

Par ailleurs, 85 % des génériques viennent de l'autre côté du monde. À un moment où il est question d'empreinte environnementale, il faudrait peut-être s'interroger sur ce point.

L'assurance maladie fera des économies d'échelle mais ce sera au détriment de la remise sur laquelle comptent les pharmaciens, eux à qui on demande d'en faire toujours plus. Et je ne parle même pas du fait que les patients recevant un générique auront un autre médicament, ce qui peut conduire à des erreurs.

**Mme Danielle Brulebois (RE).** Philippe Vigier a très bien développé les arguments en faveur de cet amendement. J'ai été alertée par la présidente de l'ordre des pharmaciens dans le Jura. Nos pharmacies sont utiles dans les territoires. Elles ont été au front pendant toute la crise, elles ont tenu bon et rendu service à nos concitoyens. Elles méritent d'être écoutées. Elles estiment que l'appel d'offres prévu est dangereux, car il pourrait remettre en cause l'acceptabilité des génériques, qui a été difficile à obtenir, et qu'il existe en outre un risque de qualité pour les médicaments importés. Tout cela créerait une instabilité dans la prise en charge.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** L'amendement AS1469 est défendu.

**Mme la rapporteure générale.** Il n'a jamais été question d'un monopole sur les référencements, mais je précise, là aussi, que des discussions sont en cours sur la rédaction de ces dispositions. Une des pistes serait d'instaurer une expérimentation. Le ministre délégué Roland Lescure s'est exprimé publiquement à ce sujet.

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Il faut vraiment réfléchir avant de mettre en œuvre une telle disposition. On a vu l'importance des officines durant la crise du covid et l'importance de leur maillage territorial lorsqu'il n'y a pas de médecin dans le territoire, le pharmacien devenant l'acteur de premier recours. Les dispositions du projet de loi vont créer de l'instabilité, un risque de rupture de stock et des pertes estimées à environ 50 000 euros par officine, ce qui est de nature à fragiliser un grand nombre de celles qui ont un petit chiffre d'affaires, notamment dans les territoires ruraux.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Je vais dans le même sens que Philippe Vigier. En attendant des éléments nouveaux sur ces alinéas, il me paraît important, sinon de les supprimer dans leur ensemble, du moins d'envoyer le signal que nous sommes très attentifs à cette question et qu'il faudra absolument en débattre avec le Gouvernement en séance.

**M. Thibault Bazin (LR).** Vous n'y êtes pour rien, madame la rapporteure générale, mais si nous ne sommes pas associés très rapidement – le délai de dépôt des amendements en vue de la séance est fixé à lundi – et de manière très étroite aux discussions sur la réécriture du dispositif, nous n'aurons aucune idée de son impact. Il est de notre responsabilité, en tant que commission des affaires sociales, sur un sujet aussi fort, de supprimer le dispositif actuel compte tenu des alertes reçues. Si nous avons des assurances d'ici à la séance, nous pourrions le réécrire. Il paraît même qu'il y aurait un PLFSS rectificatif en début d'année prochaine, ce qui permettrait de traiter alors d'un certain nombre de questions.

**M. Philippe Vigier (Dem).** J'ajoute que l'appel d'offres sera soumis au régime européen. C'est la mort annoncée du système actuel. Comme l'a dit Thomas Mesnier, il serait bon de dire au Gouvernement qu'on ne peut pas en rester là et de savoir avant la séance comment le Gouvernement perçoit les messages que nous essayons, dans tous les groupes, de lui faire passer. Si rien ne bouge, nous n'aurons plus que nos yeux pour pleurer. Il y a déjà eu des ruptures – concernant 2 200 spécialités.

**Mme la rapporteure générale.** J'entends la difficulté de ce débat. Nous devrions disposer des amendements du Gouvernement dans la journée.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS340 de M. Philippe Juvin.*

**Mme Justine Gruet (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS449 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je propose de supprimer plusieurs alinéas de ce dispositif, car il est en totale contradiction avec les engagements pris par le Président de la République lors du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu en 2021. On ne peut pas chercher à assurer la sécurité des approvisionnements et la souveraineté sanitaire tout en s'engageant dans une telle procédure : on risque de pénaliser toute la chaîne du médicament. Il faut mener des politiques publiques cohérentes, donnant de la visibilité et de la stabilité à tous les acteurs. Même vous, madame la rapporteure générale, vous ne connaissez pas l'impact de cette mesure.

**Mme la rapporteure générale.** Comme vous, j'ai entendu les inquiétudes et je suis rassurée qu'il y ait des concertations visant à modifier le dispositif. Mon avis reste donc défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS289 de M. Thibault Bazin et AS342 de M. Philippe Juvin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** On nous avait dit, il y a un mois et demi, qu'on utiliserait tout le mois de septembre pour faire une concertation sur le PLFSS. En réalité, on nous a servi un discours de la méthode, et les rencontres avec les différents groupes n'ont pas porté sur le fond car nos interlocuteurs n'avaient pas connaissance des arbitrages, qui ont eu lieu très tardivement.

Nous proposons de rétablir une forme de concertation, par l'intermédiaire d'un avis conforme de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). On disposerait ainsi d'une expertise extérieure.

**Mme Justine Gruet (LR).** En défendant l'amendement AS342, je voudrais simplement ajouter que je regrette qu'on ne parvienne pas à travailler ensemble sur de tels sujets.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS632 de Mme Josiane Corneloup.*

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Les émissions de gaz à effet de serre sont un problème majeur qui nous concerne tous. Les émissions du secteur du médicament comptent pour environ un tiers du total du secteur de la santé. La crise écologique et le changement climatique rendent urgente la prise en compte du risque environnemental des médicaments : il est nécessaire de tirer vers le haut les exigences en matière de respect des objectifs de développement durable. Cet amendement prévoit donc que les médicaments ne tenant pas compte des objectifs de développement durable, en matière économique, sociale et environnementale, sont radiés de la liste des médicaments remboursés dès lors qu'il existe des solutions thérapeutiques alternatives aussi efficaces ou des génériques mieux positionnés, sans nuire à l'accès des patients aux traitements.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Mais pourquoi ?

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS344 de M. Philippe Juvin.*

**Mme Justine Gruet (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Amendement AS741 de Mme Françoise Buffet.*

**Mme Françoise Buffet (RE).** Nous proposons, toujours dans le cadre de la procédure de référencement périodique de certaines classes de médicaments, d'appliquer des critères garantissant la localisation de la production. C'est un enjeu en matière de développement durable et de souveraineté pharmaceutique, la crise de la covid ayant mis en lumière la fragilité de nos approvisionnements, mais aussi de transition écologique, car nous devons limiter l'impact environnemental des différents modes de production et de déplacement, conformément à la loi du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Françoise Buffet (RE).** Je ne comprends pas votre position. Nous avons voté exactement les mêmes dispositions concernant d'autres sujets, comme la restauration scolaire. Pourquoi ne pas faire de même pour le médicament ? Les enjeux en matière d'approvisionnement en médicaments et de souveraineté pharmaceutique sont importants.

**Mme la rapporteure générale.** Si mes avis sont toujours défavorables, c'est parce que cet article va être réécrit. Il ne sert à rien d'adopter des amendements. Ce n'est pas sur le fond que je me prononce.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS288 de M. Thibault Bazin.*



**M. Thibault Bazin (LR).** Comme tout sera réécrit et que le Gouvernement pourrait recourir à l'article 49, alinéa 3, de la Constitution pour faire adopter ce texte, dans une version qui ne sera pas nécessairement celle du projet de loi initial, ni celle que nous adopterons en commission, faites donc semblant de faire de la concertation en acceptant des amendements et ayons au moins un débat sur chaque point important !

Cet amendement intègre la distribution dans le raisonnement. La chaîne du médicament a en effet besoin de circuits logistiques adaptés, on l'a bien vu avec la crise sanitaire, et on est parfois approvisionné depuis l'étranger, selon l'endroit où on habite – on peut être plus proche d'un laboratoire italien, suisse ou belge. Il faut prendre en compte cette réalité.

**Mme la rapporteure générale.** Le texte qui sera examiné en séance sera celui initialement déposé par le Gouvernement, puisqu'il s'agit d'un PLFSS : les amendements adoptés en commission ne sont intégrés au texte.

J'espère qu'il ne sera pas nécessaire de recourir à l'article 49, alinéa 3, mais la balle est dans votre camp. Ce PLFSS double le budget pour les hôpitaux, prévoit une augmentation de 5 % des dépenses pour la prise en charge des personnes âgées, renforce la prévention grâce à des consultations, et ce ne sont que quelques-unes des mesures prévues.

Depuis que nous avons commencé à examiner l'article 30, je rappelle pour chaque point les objectifs visés. Je l'ai fait, par exemple, en ce qui concerne les thérapies innovantes et le paiement à la performance.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** J'abonde dans le sens de Thibault Bazin. Nous devons examiner le texte qui nous a été soumis. Vous nous dites qu'il sera réécrit, mais le mieux serait que ce soit par nous, puisque c'est nous qui le voterons au bout du compte. Si nous pouvons adopter des amendements qui améliorent le projet de loi et envoient certains signaux, c'est utile. Il ne faut pas banaliser notre discussion, en particulier si l'on veut vraiment discuter du texte avec le Gouvernement, mais aussi parce que les débats se déroulent autrement en séance, ce que je regrette d'ailleurs. Nous avons ici un véritable espace de discussion, ce dont je vous remercie, madame la présidente. Qu'il y ait des discussions parallèles, c'est autre chose, et la question est de savoir à quel moment les parallèles se rejoindront.

**M. Thibault Bazin (LR).** Devons-nous soutenir ce PLFSS ? Je le dis dans un esprit de responsabilité : si le texte est bon, pourquoi ne le ferait-on pas ? Seulement, nous n'avons pu faire passer que peu de messages en amont et on peut s'interroger sur la sincérité des hypothèses budgétaires. Une des hypothèses est ainsi qu'il n'y aura plus de covid l'année prochaine. Par ailleurs, des économies que nous souhaiterions ne sont pas prévues, des coups de rabet appliqués ne nous paraissent pas souhaitables, notamment pour les acteurs en première ligne, et des revalorisations attendues ne sont pas décidées. On ne fait pas grand-chose contre la bureaucratie excessive dans les hôpitaux, et, si des avancées sont prévues en matière de lutte contre les fraudes, elles ne sont pas suffisantes. De plus, vous peinez à réformer la politique familiale, par manque d'ambition, et faites l'impasse sur la branche vieillesse. Je n'ai donc pas le sentiment que vous preniez en compte certaines de nos attentes pour que nous soutenions le texte.

Des concertations se déroulent peut-être en parallèle. J'espère que vous croisez dans les couloirs des personnes qui vous feront rédiger une nouvelle copie pour un budget plus

juste et plus solide, et qui permettra de répondre aux défis qui comptent pour nous. La Première ministre nous avait demandé de mettre sur la table nos attentes, je vous les dis.

**Mme la rapporteure générale.** Vous critiquez la sincérité des projections, mais personne n'avait prévu en 2020 la crise sanitaire. Il est vrai que des projections peuvent se révéler fausses, car ce ne sont que des projections, c'est le principe, mais cela ne veut pas dire que les chiffres ne sont pas sincères.

Vous dites que nous ne proposons pas assez d'économies, mais vos amendements reviennent sur beaucoup d'économies que nous proposons.

S'agissant de la politique familiale, nous avons débattu hier des chiffres. Les sommes que nous consacrons à cette politique, par rapport à ce qui a été fait durant les précédents, ne permettent pas le doute, et il est en de même pour la branche vieillesse.

Je crois, monsieur Bazin, que des éléments sont réunis pour qu'il ne soit pas recouru à l'article 49, alinéa 3.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS631 de Mme Josiane Corneloup.*

**Mme Josiane Corneloup (LR).** La rédaction actuelle peut susciter une forme d'instabilité concernant les listes de remboursement et les référentiels. Par ailleurs, la notion de variabilité de remboursement des médicaments pose la question de la continuité thérapeutique, notamment pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Les conditions prévues ne permettent pas de garantir qu'il n'y aura pas de rupture de la prise en charge de patients. Mon amendement vise à remédier à une telle instabilité.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable puisqu'il s'agit toujours du référencement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS290 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'amendement que je propose tend à assurer la transparence de la décision publique et à donner de la prévisibilité à tous les acteurs. Les critères déterminant l'inscription sur la liste devront être publiés par arrêté ministériel lors du lancement de la procédure de référencement.

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

*Amendement AS339 de M. Philippe Juvin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'amendement est défendu.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS291 de M. Thibault Bazin.*

*Amendement AS292 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de faire en sorte que le CEPS tienne bien compte des stocks constitués et des circuits d'approvisionnement des médicaments destinés au marché national depuis le territoire français, celui d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Il existe en la matière des réalités transfrontalières qui ne peuvent être niées.

**Mme la rapporteure générale.** Vous voulez supprimer la clause obligeant les entreprises à conserver leur portefeuille de médicaments matures en contrepartie du remboursement d'un nouveau produit. Le ministre délégué a annoncé sur son intention de revenir sur ce dispositif.

Par conséquent, avis défavorable : nous verrons en séance.

**M. Thibault Bazin (LR).** Le ministre délégué va donc revenir sur cette disposition, et peut-être donner son accord à mon amendement, est-ce bien cela ?

**Mme la rapporteure générale.** Les annonces du ministre délégué, Roland Lescure, il y a quelques jours, vont effectivement dans votre sens.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je propose donc que l'on adopte l'amendement.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Si j'ai bien saisi la portée de l'amendement, il s'agit de revenir sur une mesure que nous avons arrachée de haute lutte en matière de constitution de stocks.

**Mme la rapporteure générale.** C'est une des mesures nouvelles de l'article 30.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Êtes-vous en phase avec ce qu'a dit le ministre délégué ?

**Mme la rapporteure générale.** Je donnerai en séance mon avis sur la nouvelle rédaction. Il y a une écoute sur cette question, mais je ne sais pas comment les discussions vont aboutir. Nous devrions bientôt disposer de l'amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS435 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement vise à faire en sorte que l'on respecte le principe de la primauté conventionnelle. Il faut veiller à l'articulation entre la mesure de fixation unilatérale des remises proposée par le Gouvernement et les dispositions de l'accord-cadre entre le CEPS et Les entreprises du médicament (Leem).

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Vous voulez supprimer la possibilité ouverte par l'article 30 de décider de remises unilatérales dans des situations où la négociation avec l'entreprise n'aboutirait pas. L'idée est de disposer d'un outil pour que la négociation ne traîne pas excessivement en longueur. L'entreprise a de toute façon le dernier mot : si le prix imposé par le CEPS ne lui convient pas, elle se retirera elle-même du marché.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS436 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit d'abroger l'article L. 162-18-1 du code de la sécurité sociale, devenu inutile.

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

*Amendement AS434 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Les dispositions des alinéas 37 à 40 apparaissent superfétatoires. Je propose de les supprimer.

**Mme la rapporteure générale.** Vous supprimez la possibilité pour le CEPS d'imposer des remises à une entreprise qui ne demanderait pas l'inscription au remboursement d'un médicament pour l'ensemble des indications de son autorisation de mise sur le marché.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS865 de M. Sébastien Peytavie.*

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** Le rapport annuel du CEPS comporte des informations synthétiques sur les détails des remboursements de médicaments et sur les remises versées chaque année à l'assurance maladie. Toutefois, le détail des conventions de prix liant le CEPS aux entreprises exploitant les médicaments n'est pas connu. Cet amendement vise à permettre un contrôle renforcé du Parlement pour éviter tout abus. La transmission aux seules commissions compétentes permettra de garantir le respect du secret des affaires, prévu par les articles L. 151-1 et suivants du code de commerce.

**Mme la rapporteure générale.** Je suis favorable à ce qu'on améliore l'information du Parlement sur les questions relatives à l'industrie pharmaceutique, mais les données que vous demandez ne peuvent être publiques, en raison du secret commercial.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 non modifié.*

### **Après l'article 30**

*Amendement AS354 de M. Philippe Juvin.*

**M. Philippe Juvin (LR).** Les pharmaciens peuvent substituer les biosimilaires à leur médicament de référence, mais uniquement s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté, ce qui limite considérablement la substitution. Pourtant, en 2017, la Cour des comptes avait estimé qu'il était possible de générer 680 millions d'euros d'économies. L'amendement vise à

autoriser les pharmaciens à substituer librement les médicaments par leurs biosimilaires, en supprimant la référence à la fameuse liste fixée par arrêté.

**Mme la rapporteure générale.** Depuis quelques années, le débat sur les biosimilaires revient régulièrement. Nous avons commencé à assouplir les possibilités d'y recourir, sur la base d'une inscription sur une liste sous certaines conditions.

Il ne faut pas confondre les biosimilaires avec les génériques. Certaines formes peuvent être différentes, pour les injections par exemple, et les associations craignent que la substitution n'entraîne des désagréments pour les malades chroniques. Quand vous devez vous faire une injection toutes les semaines et que vous avez trouvé un stylo injectable qui ne vous fait pas mal, vous ne voulez pas qu'on lui substitue un autre plus douloureux. Quand un malade chronique tolère enfin un traitement, le changement peut être problématique.

Il faut que nous avancions, car c'est une source d'économies, mais en restant attentifs aux patients. Nous ne sommes pas prêts pour la généralisation.

**M. Philippe Juvin (LR).** Je comprends vos arguments mais nous avons entendu les mêmes au moment de l'autorisation de substitution par des génériques il y a quelques années. La crainte n'est peut-être pas seulement celle des patients, mais aussi celle de quelques industriels. Nous parlons tout de même de près d'un milliard d'euros d'économies pour les finances du pays. Je regrette qu'on n'avance pas.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Si j'ai bien compris l'amendement, on laisse le libre choix aux pharmaciens de les proposer, sans les y obliger.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS548 de Mme Josiane Corneloup et AS1044 de Mme Sandrine Rousseau, amendements AS1529 de M. Hadrien Clouet et AS549 de Mme Josiane Corneloup (discussion commune).*

**Mme Josiane Corneloup (LR).** Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande de renforcer le dispositif de révision des prix des médicaments en France. En effet, si les critères de révision sont définis par la loi depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, il n'existe pas d'obligation de révision. Suite aux recommandations de la Cour des comptes, nous proposons donc de déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen ; au bout de trois ans pour les autres ; et en cas d'extension d'indication thérapeutique.

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** Notre amendement AS1044, qui est régulièrement proposé par de nombreuses associations, dont Aides, vise à déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix des médicaments car, en l'état du droit, il n'existe pas d'obligation de révision.

Il s'agit de déclencher une révision dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen ; au bout de trois ans pour les autres ; en cas d'extension d'indication thérapeutique.

Cette amélioration du processus de fixation des prix pourrait être l'occasion d'inciter à davantage de transparence dans les négociations entre l'industrie et les pouvoirs publics, et à la présence de représentants de malades à la table des négociations.

**M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES).** Notre amendement AS1529 reprend les recommandations de la Cour des comptes et vise à instaurer des obligations périodiques de révision des prix des médicaments par le CEPS afin de diminuer les rentes de l'industrie pharmaceutique.

Les *Big Pharma* ont réalisé un chiffre d'affaires de 1 200 milliards d'euros en 2020. L'industrie pharmaceutique figure dans le trio de tête des secteurs productifs les plus rentables, y compris en France où, tous laboratoires confondus, elle dégage 35 % à 40 % de marge. Au bénéfice de qui ? Des actionnaires uniquement, et au détriment des salariés et consommateurs. Les prix des médicaments sont indexés sur leurs exigences, totalement déconnectés des coûts de production et des besoins. Nous défendons l'idée que les médicaments sont un bien commun.

Il s'agit ici de réviser le prix des médicaments à l'issue de cinq années pour les médicaments les plus innovants, et tous les trois ans pour les autres médicaments, ainsi que pour ceux faisant l'objet d'une extension d'indication thérapeutique.

**Mme la rapporteure générale.** Ces amendements rigidifient le système. Notre arsenal législatif donne déjà beaucoup de possibilités au CEPS pour renégocier les prix et vos propositions n'impliquent pas une plus grande transparence.

Avis défavorable.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS1525 de M. Damien Maudet.*

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Un brevet implique un monopole d'exploitation. Dans le secteur de la santé et du médicament, ce principe peut menacer des vies humaines dans le monde entier, dans la mesure où l'on peut être privé d'accès aux soins si on ne dédommage pas le propriétaire du brevet.

Néanmoins, les licences d'exploitation permettent de contourner ce monopole, un titulaire de brevet cédant alors ses droits. S'agissant de santé publique, l'État peut recourir au système des licences d'office, permettant la fabrication en France d'un médicament, d'un vaccin ou d'un traitement qu'il serait sinon interdit de répliquer.

L'amendement vise à faciliter le recours à ce type de licences pour développer la production nationale de traitements socialement utiles et nécessaires à la santé publique, en levant notamment la série de conditions restrictives permettant le recours à la licence d'office – pénurie, constat de manœuvres anticoncurrentielles, etc. Il s'agit de gagner ainsi un temps précieux dans l'accès aux soins tout en évitant d'embêter les grands industriels pharmaceutiques en recherchant avec eux un accord amiable.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Cela doit nécessairement se discuter aussi à l'échelon européen. Par ailleurs, notre mission d'information sur les médicaments de l'année dernière avait proposé dans son rapport

plusieurs pistes sur les licences qui pourraient être creusées. Mais le PLFSS n'est pas le bon texte.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1599 de M. Damien Maudet.*

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Ce que vous venez de dire, madame la rapporteure générale, signifie-t-il que vous êtes favorable à l'automatisme de la licence d'office ?

Le présent amendement pose la question même de l'invention : pourquoi invente-t-on de nouveaux traitements, de nouveaux médicaments ? Ce peut être pour mieux soigner, avec un remède plus approprié à une nouvelle maladie ou aux réactions humaines ; ce peut aussi être pour maintenir un taux de profit. L'amendement vise donc à obliger l'industriel à justifier toute hausse de prix, dès lors qu'il met sur le marché un médicament appartenant à une classe thérapeutique préexistante. Il ne s'agit pas de bloquer les prix ou d'imposer une taxe. Lorsque la réévaluation est légitime, cela ne coûtera qu'un stylo Bic et une feuille de papier à l'industriel.

**Mme la rapporteure générale.** Vous voulez obliger l'industriel à justifier la différence de prix entre le médicament qu'il veut inscrire et les médicaments de la même classe thérapeutique. En réalité, votre amendement est satisfait : c'est évidemment un critère dans la négociation du prix conduite par le CEPS. Je vous demanderai donc de bien vouloir le retirer. Sinon j'y serai défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Je vous remercie pour cette réponse de fond, mais vais le maintenir. La négociation, c'est bien, la loi, c'est tout de même mieux !

*La commission rejette l'amendement.*

**Article additionnel après l'article 30 : Prolongation de l'expérimentation du cannabis à visée thérapeutique**

*Amendements AS213 de M. Yannick Neuder et AS1367 de Mme Sabrina Sebaihi (discussion commune), amendement AS688 de M. Thomas Mesnier et sous-amendement AS1650 de Mme Stéphanie Rist (présentation commune).*

**M. Yannick Neuder (LR).** Il s'agit de poursuivre pour deux ans l'expérimentation du cannabis à visée thérapeutique, avec un rapport détaillé sur les conditions de prise en charge, le nombre de patients et toutes les modalités pratiquées. Cela permet de continuer à délivrer ces substances aux patients qui en ont besoin, notamment ceux qui souffrent de douleurs rebelles. Cela permettra aussi, à la suite du covid, aux acteurs français de réfléchir aux *process* d'industrialisation qui permettraient d'avoir une filière souveraine en France, plutôt que de dépendre d'importations.

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** L'amendement AS1367 a pour objet de prolonger l'expérimentation thérapeutique du cannabis à usage médical, qui prend normalement fin le 30 mars 2023, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2024. L'objectif est double : réunir davantage de données médico-économiques sur le cannabis médical ; apporter une réponse à

la question de l'indemnisation des fournisseurs actuels de l'expérimentation, qui s'étaient engagés dans un premier temps à fournir les médicaments à titre gracieux.

Je profite de cet amendement pour vous parler de la fibromyalgie, maladie dont le principal symptôme est la douleur chronique. Les malades ne comprennent pas pourquoi ils ont été exclus de l'expérimentation sur le cannabis thérapeutique qui a démarré en mars 2021. Cette maladie touche plus de 2 millions de personnes en France et les autres symptômes – fatigue, perturbation du sommeil, troubles digestifs et de l'attention – diffèrent d'un patient à l'autre et évoluent au fil du temps. Les personnes qui en souffrent décrivent des douleurs insupportables et handicapantes, les antalgiques habituels n'étant pas toujours efficaces et très addictifs.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Nous avons validé l'expérimentation du cannabis à usage thérapeutique dans la LFSS 2020. L'ANSM l'a lancée en 2021 et elle doit toucher à sa fin en mars 2023. Elle inclut environ 2 000 patients dans la cible fixée. Nous avons besoin de davantage de recul afin d'inclure plus de malades et de disposer de résultats complémentaires sur l'efficacité du cannabis thérapeutique. En outre, la filière française a besoin de temps pour se structurer.

Je vous propose de prolonger l'expérimentation au maximum, soit un total de cinq ans, et non deux comme initialement prévu. Madame la rapporteure générale préférerait trois ans. Je crois qu'il faut prévoir le plus large possible, pour ne pas y revenir chaque année.

**Mme la rapporteure générale.** Je n'avais pas vu, parmi les 1 600 amendements reçus ce week-end, celui de Mme Sebaihi, qui prolonge l'expérimentation d'un an, comme je le souhaitais. Je lui donne un avis favorable et retire mon sous-amendement. C'est la durée nécessaire pour disposer des résultats de l'expérimentation et savoir s'il faut, ou non, généraliser l'usage médical du cannabis.

**Mme Caroline Janvier (RE).** C'est un sujet très important. L'expérimentation, initialement prévue pour deux ans, a pris beaucoup de retard du fait de la crise sanitaire. Par ailleurs, les associations de patients, qui suivent de près le dossier, regrettent les critères qui ont été choisis, et souhaitent élargir l'expérimentation. J'aimerais qu'on interroge le ministre en séance sur tout cela, ainsi que sur le statut du cannabis thérapeutique ou chanvre médical, quel que soit le nom qu'on lui donne. Il faut sortir les patients et les associations de cette zone grise compliquée à gérer. L'idéal serait que le Gouvernement dépose un amendement. Le prolongement de l'expérimentation est une bonne chose, mais il n'est pas suffisant.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je suis d'accord avec Mme Janvier. Il faut en outre reprendre les discussions avec les industriels français : sont-ils capables de produire ce médicament en France afin d'assurer notre souveraineté sanitaire ?

L'amendement de Mme Sebaihi s'intéresse plutôt aux indications thérapeutiques. Or le prolongement de l'expérimentation a surtout pour objet de disposer de davantage de données pour confirmer l'intérêt du cannabis thérapeutique et d'évaluer la capacité de nos industriels à développer une telle innovation, afin qu'il s'agisse d'une décision gagnant-gagnant pour le secteur – qui ne doit pas servir qu'à payer des taxes. L'amendement que vous proposez d'adopter, madame la rapporteure générale, ne satisfait pas du tout le mien.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Je pense que mon amendement peut rallier le consensus. Nous avons tous le même objectif : prolonger l'expérimentation. Je plaide pour



une durée totale de cinq ans, mais c'est un maximum : dès que nous serons au point, nous mettrons un terme à l'expérimentation. Cela évite d'y revenir dans un ou deux ans.

**Mme Caroline Janvier (RE).** Il vaut mieux voter celui de Mme Sebaihi, quitte à aller plus loin en séance publique. Monsieur Mesnier, je vous rappelle que l'expérimentation prévoit la gratuité des produits : les industriels étrangers auxquels nous recourons n'accepteront pas de nous les fournir sur une durée aussi longue. Il nous faut commencer envisager la sortie de l'expérimentation, laquelle portait d'ailleurs, plus que sur son efficacité, sur les modalités de distribution et de remboursement et sur le statut du cannabis thérapeutique.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Pour éviter toute incompréhension, je précise que mon amendement ne vise pas à prolonger l'expérimentation de cinq ans, mais à l'autoriser pour cinq ans en tout – il en reste donc trois.

**M. Yannick Neuder (LR).** Peut-être conviendrait-il simplement de sous-amender l'amendement de M. Mesnier pour prolonger l'expérimentation de deux ans, au lieu de trois. On ne peut pas mettre nos patients sous cloche trop longtemps. Il faut penser aux malades, amputés ou cancéreux par exemple, et passer à la phase d'industrialisation.

**Mme la rapporteure générale.** Cette discussion pourrait bien déboucher sur un consensus. Je comprends que l'amendement de Mme Sebaihi ne couvre pas toutes les préoccupations. Je propose donc de voter celui de M. Mesnier, qui a l'avantage de reprendre l'expérimentation en cours, mais avec mon sous-amendement, car un an me semble suffisant. Deux ou trois ans supplémentaires, c'est trop. Lors des débats sur le prochain PLFSS, nous disposerons du rapport et pourrons décider des suites.

*La commission rejette successivement les amendements AS213 et AS1367.*

*Elle adopte ensuite le sous-amendement AS1650, puis l'amendement AS688 sous-amendé.*

### **Après l'article 30**

*Amendement AS867 de M. Sébastien Peytavie.*

**Mme Marie-Charlotte Garin (Écolo - NUPES).** Cet amendement du groupe écologiste appelle le Gouvernement à tirer le bilan de plus de quatre ans de concertation et d'échange d'informations et à faire des propositions pour aller vers une implication directe des associations d'usagers du système de santé. En l'état du droit, l'information la plus importante transmise aux associations d'usagers est l'ordre du jour des réunions hebdomadaires du CEPS. Il faut aller plus loin car même les décisions d'apparence technique ont en réalité un impact majeur sur l'organisation du système de santé et sur les finances publiques.

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

**Article 31** : *Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge*

*Amendement AS430 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de supprimer les alinéas 6 et 7, qui conduisent à compliquer les négociations entre le CEPS et les fabricants et distributeurs. Cela pourrait même constituer une menace pour la qualité des soins. Ce qu'attendent les acteurs de la santé à domicile, c'est une régulation construite avec les acteurs et la pluriannualité des décisions.

**Mme la rapporteure générale.** L'article 31 permet de dissocier la tarification du prix du produit et de la prestation, dans un objectif de transparence. C'est pourquoi je suis défavorable à votre amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS458 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il vise à supprimer les alinéas 12 à 15.

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

*Amendement AS244 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de supprimer l'alinéa 15. Ne vous inquiétez pas, cela ne va pas faire tomber l'ensemble du PLFSS ! Le Gouvernement n'a pas mené de concertation avec les prestataires de santé à domicile (PSAD) et nous ne disposons d'aucune analyse approfondie des impacts de la dissociation sur les emplois, l'activité des entreprises du secteur et l'accès aux prestations de santé à domicile dans les territoires.

Les PSAD se déploient, nous l'observons dans les territoires. Ces prestataires de proximité participent au maillage et à l'offre de soins de proximité, nous en avons besoin. Il faut maintenir le dialogue avec eux, afin d'assurer des prestations de qualité et coordonnées.

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

*Amendements identiques AS243 de M. Thibault Bazin et AS1189 de M. Olivier Falorni.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de supprimer les alinéas 16 à 25, qui sont redondants : l'obligation prévue incombe déjà à l'exploitant, aux termes de l'article L. 165-2-2 du code de la sécurité sociale. Inutile de le répéter.

**M. Philippe Vigier (Dem).** L'amendement AS 1189 est défendu.

**Mme la rapporteure générale.** D'après l'étude d'impact, « malgré l'existence de la déclaration de prix définie à l'article L. 165-2-2, il subsiste un manque de visibilité important lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant ». Il est légitime d'améliorer la transparence.

Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS835 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Amendement de simplification administrative.

**Mme la rapporteure générale.** Je suis favorable à la simplification, mais défavorable à votre amendement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS789 de M. Paul Christophe et AS838 de M. Thibault Bazin.*

**M. Paul Christophe (HOR).** Il s'agit de demander un rapport au Gouvernement pour dresser le bilan des dispositifs dérogatoires au droit commun de mise sur le marché de dispositifs médicaux innovants. Ces dispositifs visent à faciliter l'accès des patients aux innovations – forfait innovation, prise en charge transitoire, prise en charge anticipée, expérimentation au titre de l'article 51.

**M. Thibault Bazin (LR).** Si la demande de rapport n'était pas acceptée, il faudrait, madame la présidente, mener une mission sur ce sujet, au-delà des débats qui auront lieu lors du Printemps social de l'évaluation.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** J'en prends note.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Une mission n'est effectivement pas incompatible avec le Printemps social de l'évaluation.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS245 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il vise à supprimer les alinéas 38 à 59, la mesure prévue étant inadaptée et menaçant un secteur déjà fragilisé par de nombreuses années de baisses tarifaires. Soyons prudents : tous les maillons de la chaîne sont inquiets. Nous avons besoin des prestataires partout, jusqu'au dernier kilomètre, ou ce sont les Français qui en pâtiront.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Vous cherchez toujours à revenir sur la dissociation entre le prix du produit et la prestation. Nous y sommes favorables, parce que cela accroîtra la transparence.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1601 de M. Hadrien Clouet.*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Les années se suivent et se ressemblent, et les patients ont toujours l'impression d'être laissés au bord de la route. Ainsi, Marie a appris qu'elle était atteinte d'une hépatite C il y a à peine deux ans. Une bien mauvaise nouvelle. Certes, il existe depuis peu des médicaments révolutionnaires permettant, dans la plupart des cas, d'éradiquer le virus en quelques semaines de traitement. Mais Marie n'a pas de fibrose :

tant mieux, sauf qu'elle n'aura donc pas le droit à ces médicaments parce qu'ils coûtent trop cher.

Vous retrouvez ce témoignage sur le site France Assos Santé. Que seule une dégradation gravissime de l'état de santé autorise à prendre ce médicament, c'est déplorable. Comme les années précédentes, nous demandons la transparence du prix des médicaments. Il est inconcevable qu'un médicament qui existe depuis de nombreuses années ne puisse être prescrit aux malades car il est trop cher.

**Mme la rapporteure générale.** L'objet de votre amendement est de faire reposer la fixation du prix principalement sur l'origine des principes actifs et des matières premières. Je ne suis pas sûre que nous puissions occulter d'autres critères au moins aussi importants, comme l'efficacité.

Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Il s'agit de médicaments déjà mis sur le marché. J'ose espérer qu'ils sont efficaces ! Vous pouvez sous-amender si vous le souhaitez pour le préciser. Personnellement, je fais confiance aux laboratoires et aux responsables des autorisations de mise sur le marché (AMM).

**M. Jean-François Rousset (RE).** Chaque médicament a des indications et contre-indications en fonction des pathologies. Ce n'est pas parce qu'il est sur le marché qu'il doit être pris sans respecter ces indications.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je ne comprends pas bien le problème : s'agit-il du fait que le médicament n'est pas disponible, ou qu'il est trop cher ? C'est bien qu'il y ait des thérapies innovantes pour traiter les hépatites.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** En l'espèce, mais nous pourrions prendre d'autres exemples, le médicament existe, il est indiqué dans la pathologie en question mais n'est remboursé qu'à partir du moment où l'état de santé est suffisamment dégradé pour le justifier, parce qu'il coûte excessivement cher. Là est le problème : on laisse l'état de santé se dégrader, plutôt que de prévenir et de soigner.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Tout est sur France Assos Santé : *« Marie a de la chance dans son malheur : les analyses menées suite au diagnostic des médecins concluent à l'absence de fibrose. Cette chance est aussi la cause d'un autre malheur puisqu'en raison de son état de santé, elle sort du champ des patients auxquels le "traitement miracle" est réservé »,* au vu du coût de ce traitement. *« Une situation qu'elle vit comme une injustice même si elle en comprend très bien les raisons. »*

*« [Les] négociations n'ont jamais cessé. [...] "Le recours à ce traitement, comme à tout traitement, ne doit dépendre que du choix du patient, éclairé par son médecin, dans le cadre de leur colloque singulier, déclarait alors la ministre [Marisol Touraine]. Pour tous les patients infectés, j'ai saisi la semaine dernière la HAS dont l'avis est obligatoire." »*

C'est parce que le remède contre l'hépatite C coûte 46 000 euros qu'il n'est pas donné au malade tant que ce dernier n'est pas en très mauvaise santé. Ce médicament est l'un de ceux dont on parle le plus, sans doute parce qu'il renvoie à des situations tragiques, mais il ne s'agit malheureusement pas d'un cas isolé.

**M. Éric Alauzet (RE).** Une AMM est accordée pour une maladie donnée, à un stade donné. En l'espèce, vous remettez en cause l'AMM : vous contestez le fait qu'elle ne prévoit pas de donner ce médicament dans des stades inférieurs à la fibrose. Mais ce n'est pas parce que France Assos Santé prétend que c'est à cause de son prix que c'est l'explication réelle.

**M. Yannick Neuder (LR).** J'irai dans le même sens que M. Alauzet. Lorsqu'un médicament n'est pas donné, c'est parfois pour protéger le patient. Par exemple, si la maladie n'a pas atteint un stade assez évolué, on évite de donner un produit pharmaceutique qui entraîne des effets secondaires. Pour une forme peu grave, le médecin ne prescrira pas un médicament sur lequel il n'a pas beaucoup de recul. Il faut faire un calcul bénéfices-risques et éviter de donner au malade un produit qui entraînera plus d'effets secondaires que d'effets favorables. C'est pourquoi la prescription de certains médicaments est réservée à tel ou tel critère de gravité : cela ne veut pas dire qu'on attend que l'état du malade s'aggrave !

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Il y a quelques années, plusieurs associations de malades m'ont parlé du produit évoqué par Mme Fiat, Harvoni, vendu très cher en France – jusqu'à 200 fois plus cher qu'ailleurs – et dont l'usage est limité aux stades les plus graves de la maladie. On peut tout de même se demander comment il est possible que le même traitement soit proposé à des tarifs si différents selon les pays.

**Mme la rapporteure générale.** Le dispositif de votre amendement ne correspond pas à ce que vous avez évoqué, madame Fiat. Vous demandez qu'il soit précisé, après l'alinéa 42, que le prix d'un médicament est fixé principalement en fonction de la provenance et du coût de ses principes actifs et matières premières.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Nous retirons donc notre amendement pour le réécrire, avec votre aide si vous le voulez bien, madame la rapporteure générale !

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS459 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous demandons que le CEPS produise une étude d'impact avant toute modification du prix d'un médicament.

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

*Amendement AS1023 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Toujours dans le même état d'esprit, nous proposons une modification de l'alinéa 56.

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

*Amendement AS1259 de Mme Marie-Christine Dalloz.*

**Mme Marie-Christine Dalloz (LR).** L'article 31 comporte un risque d'inconstitutionnalité. Vous voulez garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux tout en assurant la soutenabilité du système de sécurité sociale. Je peux l'entendre : ce n'est pas nous qui contesterons la nécessité de limiter la progression des dépenses. Cependant, depuis la création, en 2020, des classes à prise en charge renforcée, la sécurité sociale ne rembourse que 0,09 euro par équipement de correction visuelle – verres et monture – ne relevant pas de

cette catégorie. Une telle prise en charge peut-elle vraiment menacer la soutenabilité des comptes sociaux ? Les mesures que vous préconisez sont excessives et mettent en péril la production lunetière française en favorisant l'achat de lunettes fabriquées en Chine ou ailleurs. Cet amendement de bon sens ne coûte rien à la sécurité sociale : il vise simplement à instaurer des garde-fous et des garanties.

**Mme la rapporteure générale.** Le dispositif de votre amendement ne correspond pas exactement aux explications que vous venez de donner. À vrai dire, j'avais considéré qu'il s'agissait d'un amendement d'appel visant à renforcer le « 100 % Santé ». Je prendrai le temps de l'étudier un peu mieux ; en attendant, je lui donne un avis défavorable.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je souscris aux propos de Mme Dalloz. Ce débat me fait penser à ce que nous disions tout à l'heure au sujet du cannabis thérapeutique : nous devons veiller à ce que les décisions prises dans le cadre du PLFSS ne soient pas décorrélées de la réalité de l'industrie de notre pays. Il ne serait pas mauvais de faire en sorte que les remboursements de médicaments, lunettes, appareils auditifs ou implants dentaires qui profitent à la population correspondent aux coûts de production des fabricants français. Cela nécessiterait un travail en amont avec les secteurs industriels concernés, mais cela éviterait aussi d'instaurer des clauses de sauvegarde, par exemple. À force de réduire les remboursements et d'augmenter les restes à charge, nos concitoyens n'achèteront plus que des lunettes en plastique fabriquées en Chine et nos lunetiers locaux, qui ont un véritable savoir-faire, ne pourront plus vendre leurs produits.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS837 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Lorsque des entreprises s'engagent à transmettre les résultats d'une étude, les conséquences d'éventuels manquements doivent être précisées dans l'accord-cadre. Une telle situation doit être gérée par voie conventionnelle.

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

*Amendement AS411 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit encore une fois de favoriser la négociation conventionnelle.

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

*Puis elle adopte l'article 31 non modifié.*

### **Après l'article 31**

*Amendement AS834 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous proposons de mettre en œuvre une promesse faite par le Président de la République dans le cadre du CSIS en raccourcissant le délai d'examen des actes innovants, ce qui limiterait les pertes de chances pour les patients.

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

*Amendement AS836 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit d'un amendement de méthode. Il convient de donner explicitement, dans la loi, au CEPS la possibilité de générer des économies structurelles reposant sur une maîtrise médicalisée des dépenses dans le cadre de négociations avec les fabricants ou les prestataires de services à domicile, en lien étroit avec la Caisse nationale de l'assurance maladie.

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

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

## CHAPITRE V

### Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

**Article additionnel avant l'article 32 :** *Majoration de l'astreinte journalière applicable en cas de non-respect par un établissement social et médico-social d'une injonction formulée à la suite d'une inspection*

*Amendement AS79 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Au vu des enseignements tirés de l'affaire Orpea, nous souhaitons renforcer le contrôle des établissements et services sociaux. Ce contrôle peut donner lieu à sanctions. Or il est apparu que les sanctions existantes étaient peu dissuasives : ainsi, en cas de non-respect des injonctions figurant dans le rapport d'une autorité de contrôle, qu'il s'agisse de l'agence régionale de santé (ARS), du département ou bientôt de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ou de l'Inspection générale des finances (IGF), l'établissement fautif est redevable d'une astreinte journalière de 500 euros, si bien que certains préfèrent payer plutôt que de mettre en œuvre les mesures d'amélioration qui leur sont demandées. Il est proposé, de manière tout à fait raisonnable, de porter cette astreinte à 1 000 euros par jour, précisément pour inciter les établissements à respecter des injonctions qui restent parfois lettre morte.

**Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie.** L'article 32 que nous nous apprêtons à examiner reprend un certain nombre de propositions de la mission « flash » que nous avons conduite à votre demande, madame la présidente, avec Pierre Dharréville et Jeanine Dubié, au sujet de la gestion financière des Ehpad, à la suite de l'affaire Orpea. Il convient en effet d'être beaucoup plus vigilants quant à la bonne utilisation de l'argent public et d'éviter qu'un établissement détourne les financements de la sécurité sociale pour rémunérer ses actionnaires, comme le faisait Orpea.

Vous proposez, monsieur Guedj, de renforcer une sanction que vous jugez insuffisante. À la réflexion, je crois que vous avez raison. En effet, si nous devons éviter de stigmatiser l'ensemble du secteur, il nous faut en même temps être très fermes en

sanctionnant les pratiques répréhensibles et en dissuadant les établissements de ne pas suivre les recommandations qui leur sont faites.

Je donne donc un avis favorable à votre amendement.

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

**Article additionnel avant l'article 32** : *Majoration du plafond des sanctions applicables aux établissements sociaux et médico-sociaux*

*Amendement AS80 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Le code de l'action sociale et des familles plafonne les sanctions financières prononcées à l'encontre des établissements sociaux et médico-sociaux à 1 % de leur chiffre d'affaires. Dans le même esprit que l'amendement précédent, nous proposons de porter ce plafond à 5 % du chiffre d'affaires.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission **adopte** l'amendement.*

**Avant l'article 32**

*Amendement AS81 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Cet amendement un peu différent répond à des problèmes clairement identifiés, tant dans le rapport rédigé par l'Igas et l'IGF sur la gestion des Ehpad du groupe Orpea que dans les travaux des missions « flash » menées à ce sujet en mars 2022. Il s'agit de mieux encadrer l'imputation des dépenses de personnel dans les différentes sections tarifaires. En effet, nous avons constaté que certains établissements imputaient des dépenses de personnel non soignant sur le forfait soins. Cette clarification ne résoudra pas la question épineuse des fameux « faisant fonction », au cœur du contentieux entre Orpea et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur le remboursement des dotations mal utilisées, mais elle permettra au moins, en réduisant la marge de manœuvre dont dispose le gestionnaire, de refréner la tentation de financer par de l'argent public ce qui relève du tarif hébergement.

**Mme la rapporteure.** Dans le rapport de la mission « flash », nous avons en effet insisté sur la nécessité d'isoler et de tracer l'utilisation de financements dédiés à une section dans une autre section. Afin de répondre à cette demande de transparence, l'article 32 imposera aux établissements de tenir une comptabilité analytique permettant de retracer de tels mouvements et, plus largement, l'usage des dotations publiques. En revanche, votre amendement revient sur le principe de fongibilité entre les sections, qui avait été acté avec la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et qui confère notamment au secteur associatif, au secteur privé non lucratif une vraie souplesse de gestion. Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain : ne punissons pas ces acteurs en les privant de ces marges de manœuvre.

Avis défavorable.

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



**Article 32 : Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux**

*Amendement AS146 de M. Patrick Hetzel.*

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement est défendu.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement aborde une difficulté qui met en difficulté de nombreux épargnants.

Avis favorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je me réjouis que vous soyez favorable à cet amendement qui reprend une proposition de loi de Patrick Hetzel, un expert de ce sujet.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS48 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** L'article 32 ouvre la possibilité de signer des CPOM à l'échelon du groupe gérant plusieurs établissements dans un même département, ce qui va dans le bon sens. Cependant, cette possibilité interviendrait à la demande du groupe d'Ehpad concerné. Nous proposons, pour notre part, de systématiser cette pratique des CPOM multi-établissements afin de donner au conseil départemental et à l'ARS une vision plus globale de l'activité du gestionnaire à l'échelle du département.

Bien que nous n'ayons pas déposé d'amendement en ce sens, je suis convaincu qu'il faudrait envisager la signature non de CPOM territoriaux, mais de conventions nationales d'objectifs et de moyens entre l'État et les grands gestionnaires à rayonnement national, qu'ils soient privés commerciaux, comme Korian, Orpea et Colisée, ou associatifs, comme Partage et Vie, Arpavie ou la Croix-Rouge, sur le modèle des contrats d'objectifs et de performance conclus entre l'État et quelques grands opérateurs. Cette possibilité a été évoquée par certains acteurs et même réclamée par plusieurs fédérations afin de définir une stratégie nationale et de mettre en place un pilotage national en matière de qualité ou d'investissements immobiliers, par exemple.

**Mme la rapporteure.** L'article 32 vise bien à soumettre la possibilité, pour un groupe, de signer des CPOM à la place des établissements qu'il gère à un accord des autorités de tarif et de contrôle. Il s'agit d'éviter que le groupe fasse écran entre les autorités et les établissements, comme on l'a vu dans l'affaire Orpea. Vous souhaitez que cette possibilité puisse être mise en œuvre sans demande de la personne gestionnaire. Cela va à l'encontre de l'objectif de l'article, étant entendu que la négociation entre le siège et l'autorité tarifaire présente pour les groupes bien plus d'avantages que la négociation établissement par établissement.

Je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** En effet, nos philosophies ne sont pas tout à fait les mêmes. Lorsqu'un groupe gère plusieurs établissements dans un même département, il faut que le CPOM porte sur la totalité de ces établissements et que le siège prenne la main sur les

directeurs d'établissement, dont l'autonomie de gestion s'avère en effet parfois très réduite. Je maintiens donc mon amendement, même si j'entends bien votre position.

**Mme Annie Vidal (RE).** Cet amendement comporte une faille qui permettrait aux systèmes que nous avons combattus dans l'affaire Orpea de se remettre en place. Une contractualisation au niveau du groupe atténuerait considérablement l'autonomie et l'implication du manager de proximité, dont nous avons pourtant perçu le caractère essentiel. Cela irait à l'encontre de l'objectif de l'article 32.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS849 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il nous faut renforcer les outils à notre disposition pour mieux contrôler les établissements, surtout après les scandales récents. Or l'article 32 fait expressément référence aux dispositions du code de commerce : il s'applique donc aux seules personnes morales de droit privé commercial, ce qui exclut les groupements relevant d'autres formes juridiques. Il me semble cependant important que le champ d'application de nos outils comprenne tous les groupements. Nous devons nous prémunir de tout dysfonctionnement, pas seulement chez les personnes morales de droit privé commercial.

**Mme la rapporteure.** Il y a un malentendu : l'article 32 vise à modifier le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 313-12, cité à l'alinéa 2, et son article L. 313-13, mentionné à l'alinéa 6. Il étend par ailleurs cette modification aux Ehpad privés commerciaux régis par l'article L. 233-3 du code de commerce, cité à l'alinéa 3. Tous les établissements sont donc concernés.

Votre amendement étant sans objet, je vous demande de le retirer ; à défaut, avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** C'est la mention « au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce » qui me gênait. Mais la précision que vous venez d'apporter, inscrite au compte rendu de notre réunion, permettra d'interpréter l'article 32 comme une disposition concernant tous les établissements, et non les seuls Ehpad relevant du code de commerce.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS852 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement prévoit que l'utilisation des reports ou des réserves qui ont pu être constitués soit négociée dans le cadre du nouveau CPOM.

**Mme la rapporteure.** C'est déjà le cas, comme le précise expressément l'alinéa 5. À l'occasion du renouvellement d'un CPOM se tiennent des négociations, un dialogue de gestion entre les autorités de tarif et l'établissement qui aborde la prise en compte des reports, notamment sur la base des conditions d'exploitation.

Encore une fois, votre amendement est donc satisfait. Demande de retrait ou avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Mon amendement étant satisfait, je le retire. Là encore, le compte rendu de nos échanges pourra servir aux services des ARS et des conseils départementaux lorsqu'ils négocieront des CPOM.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS49 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Lors du renouvellement d'un CPOM, les deux autorités tarifcatrices que sont l'ARS et le conseil départemental ont aujourd'hui la possibilité de prendre en compte les reports et les réserves de l'Ehpad pour fixer son tarif au niveau le plus juste. Nous souhaitons transformer cette possibilité en obligation.

**Mme la rapporteure.** Il me semble important de laisser une marge de manœuvre et une liberté d'appréciation aux autorités de tarification. C'est d'ailleurs tout l'intérêt des échanges qui donnent lieu à l'élaboration des CPOM. Ces contrats donnent une plus grande de marge de manœuvre aux structures, mais ils leur imposent de faire preuve de responsabilité et à veiller à la bonne utilisation de leurs fonds. On ne peut pas considérer *a priori* que tous les excédents et les reports sont justifiés, ou qu'il faut nécessairement les consacrer à de nouveaux projets.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1028 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de préciser que les modalités de fixation du tarif d'un établissement seront déterminées par décret en Conseil d'État, afin d'encadrer la procédure de reprise des excédents et de disposer de critères d'appréciation assortis d'indicateurs publics et clairement définis.

**Mme la rapporteure.** Pour la même raison que précédemment, je ne suis pas favorable à ce que l'on fige les échanges entre les autorités de tarification et l'établissement, ni que l'on définisse *a priori*, par voie réglementaire, les critères permettant d'apprécier l'opportunité de la reprise d'un excédent. De façon plus générale, les conditions d'exploitation sont définies à différents endroits du code de l'action sociale et des familles.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS850 de M. Thibault Bazin.*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'article 32 dispose qu'à l'occasion du renouvellement du CPOM, les éventuels reports à nouveau pourront être pris en compte dans la fixation du nouveau tarif. Or un report à nouveau peut être excédentaire ou déficitaire. Dès lors que les éventuels reports à nouveau excédentaires sont repris, je vous propose de préciser que, dans un souci d'équité, les reports à nouveau déficitaires doivent l'être également. J'imagine que c'est ce qui est prévu, mais cela va mieux en le précisant !

**Mme la rapporteure.** Le principe du CPOM est de laisser beaucoup de marge de manœuvre aux établissements au lieu de discuter chaque année de la reprise des déficits ou des excédents. Dans le cadre du CPOM, les établissements ont donc la pleine gestion de leur budget et peuvent décider de reprendre leurs déficits ou leurs excédents d'une année sur

l'autre. Mais il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilisation : le corollaire est qu'à l'expiration du CPOM, les déficits ne sont pas repris.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS1584 de Mme Caroline Fiat.*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Il s'agit d'un amendement rédactionnel – car les mots ont leur importance. Vous souhaitez avoir la possibilité d'infliger des sanctions aux grands groupes qui détiennent des Ehpad et ont bénéficié indûment de certaines sommes d'argent. Nous voulons faire de cette possibilité une obligation : aussi proposons-nous de remplacer « peut enjoindre » par « conjoint », « peut prononcer » par « prononce », « peut en outre être prononcée » par « est prononcée », et « peut en demander » par « en demande ».

**Mme la rapporteure.** Je comprends bien votre intention mais, de façon plus générale, je suis farouchement opposée au caractère systématique ou à l'automatisme de la peine. Lors des débats sur les peines planchers, j'ai montré que j'étais attachée à la proportionnalité et à l'individualisation des peines.

Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Nous ne parlons pas de la peine. Nous voulons simplement que des sanctions soient automatiquement infligées, et non possiblement infligées. Il faut écrire dans la loi « tu triches, tu paies », et non « tu triches, alors peut-être qu'éventuellement tu vas payer ».

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS50 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Cet amendement vise à prolonger une disposition fort pertinente de l'article 32, qui permet de demander à une personne morale membre d'un groupe gérant plusieurs établissements le reversement à la CNSA des fonds publics perçus de manière injustifiée. Nous proposons de ne pas nous limiter aux personnes morales mais de remonter dans la « chaîne de détournement », si je puis dire, et de viser toute personne physique ou morale, membre du groupe ou non.

**Mme la rapporteure.** Votre amendement ne me semble pas pertinent dans la mesure où il reviendrait à élargir le périmètre du contrôle qui, par définition, correspond au champ des établissements membres d'un groupe.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS51 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Cet amendement de repli élargit le périmètre dont nous parlions aux personnes physiques d'un groupe gérant plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux, en plus des personnes morales de ce groupe.

Chacun peut deviner à qui j'ai pensé en rédigeant cet amendement, compte tenu des difficultés auxquelles est aujourd'hui confrontée la CNSA dans la discussion avec un certain opérateur auprès duquel elle souhaite récupérer une partie des fonds indûment versés. Certains individus qui étaient aux responsabilités au moment du scandale ne sont plus membres du groupe, ce qui leur permet d'échapper, au moins dans le cadre de la procédure administrative, à tout remboursement, sans préjudice toutefois des poursuites pénales qui pourraient être engagées.

**Mme la rapporteure.** Je partage votre volonté de voir l'ensemble des personnes ayant bénéficié indûment de financements publics sanctionnées. Cette règle doit s'appliquer aux personnes physiques comme morales d'une société qui gère plusieurs établissements. Il convient par ailleurs de donner à la CNSA suffisamment de moyens pour récupérer ces financements indus.

Je suis donc favorable à votre amendement.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS1465 de Mme Caroline Fiat.*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Toute personne morale sanctionnée pour avoir bénéficié indûment de fonds publics ne doit plus jamais pouvoir prétendre à ces sommes.

Le groupe Orpea a mis en place un système de rétrocommissions qui permettait que l'argent public aille directement garnir les bénéficiaires, sans que les résidents n'en voient la trace dans leur assiette ou dans les effectifs. Les mesures que le Gouvernement propose sont largement insuffisantes. Il faut prévoir, au minimum, que les groupes pris la main dans le sac soient sanctionnés : lorsque vous trichez au casino, vous ne pouvez plus y retourner !

**Mme la rapporteure.** Encore une fois, je comprends votre intention politique mais il me semble que les dispositions que nous venons d'adopter, notamment à l'amendement AS80, durcissent déjà les sanctions – dans la pratique, une sanction qui atteint 5 % du chiffre d'affaires peut conduire le gestionnaire à cesser son activité. Votre amendement, de ce point de vue, semble excessif.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Ce qui est excessif, madame la rapporteure, c'est de profiter de l'argent public pour faire des dividendes ! Ce qui est inadmissible, c'est de laisser ces personnes s'occuper de leurs actionnaires plutôt que de nos aînés !

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** La sanction que nous proposons aurait un effet très dissuasif à l'égard de tout établissement qui chercherait à obtenir indûment de l'argent public. Si nous votions une telle mesure, certes politique, nous enverrions un message clair : jamais plus nous ne tolérerons les fraudeurs !

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 modifié.*

### **Après l'article 32**

*Amendement AS1519 de Mme Caroline Fiat.*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** L'éligibilité à l'aide sociale devrait être assortie d'un droit à une place à moindre coût. Or seules 20 % des personnes éligibles obtiennent effectivement une place habilitée à l'aide sociale. En fonction du statut juridique de l'Ehpad, l'effort est inégalement réparti : 12 % des places des établissements privés, seulement, sont habilitées.

Si nous ne pouvons pas, comme nous le souhaitons, mettre un terme à la forme des Ehpad privés lucratifs en les intégrant dans le secteur public ou non lucratif, il faut du moins exiger un taux minimum d'habilitation. Nous proposons, par cet amendement de repli, de le fixer à 50 %. Cela n'est pas excessif, dans la mesure où les établissements publics habitent déjà 98 % de leurs places et les établissements privés associatifs 81 % de leurs places.

**Mme la rapporteure.** Votre exposé sommaire exprime clairement votre objectif : « *mettre un terme à la forme des Ehpad privés à but lucratif en les intégrant dans le secteur public ou non lucratif* ». Je ne pense pas que le débat puisse se poser dans ces termes. Je suis convaincue que nous avons besoin de tous les établissements, y compris sous statut privé lucratif, pour accompagner nos aînés. L'adoption d'un tel amendement, même de repli, entraînerait un bouleversement de notre modèle, de surcroît sans concertation avec les conseils départementaux et donc au mépris du principe de libre administration des collectivités.

Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Vous savez que cet amendement ne vise aucunement à faire disparaître les Ehpad privés. Puisque tout ce que vous lui reprochez est cette phrase de l'exposé sommaire, nous serons ravis de la supprimer pour obtenir un avis favorable en séance.

**Mme Monique Iborra (RE).** On sait très bien que l'aide sociale fonctionne mal et que ses modalités ne correspondent plus du tout aux objectifs initiaux. Mais on n'a jamais obtenu de la part des conseils départementaux qu'ils se penchent sur cette question. Rien ne sert de vouloir modifier le nombre de places habilitées ou toute autre disposition de l'aide sociale : il faut la restructurer complètement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS84 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Madame la rapporteure, je rends hommage, avec cet amendement, à votre travail dans la mission « flash » sur la gestion financière des Ehpad. Avec Jeanine Dubié et Pierre Dharréville, vous avez proposé d'étudier l'impact d'une régulation des tarifs d'hébergement. Nous proposons, ici, d'habiliter le président du conseil départemental à plafonner les tarifs d'hébergement dans les Ehpad de son département.

Plafonner les tarifs, ce n'est pas attenter à la liberté du commerce et de l'industrie, mais faire en sorte que les prix ne soient pas déraisonnables. J'espère que vous aurez l'audace de mettre en œuvre cette mesure que Michèle Delaunay a beaucoup défendue. Si tel n'était pas le cas, considérez que cela pourrait être un des chantiers à ouvrir à l'occasion de la très attendue loi sur le grand âge et l'autonomie.

Au passage, je tiens à exprimer ma surprise qu'aucun des parlementaires n'ait été convié, hier, au lancement du Conseil national de la refondation (CNR) sur le bien vieillir. Cela me semble révélateur d'un léger problème de coproduction : comment imaginer qu'on puisse élaborer, pour le printemps prochain, une stratégie sans inviter les parlementaires qui ont été, comme les missions « flash » en attestent, force de proposition ?

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Je partage votre point de vue. Les parlementaires doivent être associés aux CNR territoriaux.

**Mme la rapporteure.** Notre proposition se limitait à étudier l'impact d'un tel plafonnement, car il serait susceptible de provoquer un bouleversement de notre modèle, en remettant en question la place des Ehpad commerciaux.

Avis défavorable, à ce stade.

**Mme Monique Iborra (RE).** Encadrer seulement les prestations relatives à l'hébergement est peut-être un peu léger, mais cela donne une direction. En tout état de cause, il faut baisser le reste à charge, qui est la première préoccupation des résidents et de leurs familles.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Pour avoir lu le rapport de la mission « flash » et en avoir discuté avec Jeanine Dubié, j'estime que les questions qui y sont soulevées doivent être traitées. Nous avons tous été édifiés par l'audition de Victor Castanet et nous sommes convaincus qu'il faut, à un moment donné, envoyer des signaux. On imagine l'onde de choc que cela produira sur les opérateurs mais il ne faut pas qu'ils imaginent que c'étaient des avertissements sans lendemain.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS85 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Cet amendement n'est pas directement lié à l'affaire Orpea. Nous proposons d'habiliter le président du conseil départemental à fixer les tarifs d'hébergement en prenant en compte les revenus des résidents. Certains opérateurs, comme le Groupe SOS, tentent d'introduire une tarification modulée par le biais de conventions d'aide sociale – une base légale dont la solidité peut poser question.

Une telle mesure ne s'entend que dans le cadre d'une refonte globale du modèle des Ehpad et si elle se trouve adossée à une prestation unique rassemblant toutes les aides à la solvabilisation – allocation personnalisée d'autonomie, crédit d'impôt, aides personnalisées au logement, aide sociale à l'hébergement – comme c'est le cas pour les crèches.

**Mme la rapporteure.** C'est une question tout à fait pertinente. On sait bien que le niveau du reste à charge, qui est de 1 850 euros en moyenne, demeure élevé et met en difficulté nombre de nos concitoyens. Je ne nie pas qu'il faille s'attaquer à ce chantier, mais dans le cadre d'une réflexion globale sur le modèle, qui inclurait aussi les services à domicile, les résidences autonomie et l'habitat inclusif. Ce sujet est devant nous.

Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Vous avez raison de dire que le débat doit prospérer, mais nous l'avons entamé il y a un certain temps et il faudrait désormais qu'il débouche sur des décisions ! Quand, si ce n'est à l'occasion du PLFSS ? L'urgence est tangible pour les familles qui se mettent en difficulté afin d'assurer l'hébergement d'un parent.

Cet amendement est une pièce du puzzle. Sans doute faut-il une refonte globale, qui suppose aussi de s'interroger sur les différents modèles à but lucratif et non lucratif. Que peut faire notre assemblée, madame la rapporteure, pour qu'il se passe enfin quelque chose ?

**Mme Claire Guichard (RE).** On pourrait s'inspirer du statut des crèches, qui sont de plus en plus nombreuses à être en délégation de service public (DSP), installées dans un bâtiment appartenant à la ville, pour lequel elles paient une redevance. Ce ne sont pas les collectivités qui gèrent, mais les directeurs de crèche. Le service est bien rendu et il revient moins cher à la collectivité. Quant au tarif, il est fixé en fonction de différents coefficients. Dans le même esprit, les contrats enfance jeunesse, passés entre la collectivité et la caisse d'allocations familiales, pourraient aussi servir de modèle.

**Mme la rapporteure.** Je suis d'accord, il faut finir par avancer. Mais vous m'accorderez qu'un tel amendement ne peut être adopté sans qu'il y ait eu concertation avec les collectivités, qui sont les financeurs. Les revenus me paraissent effectivement un indicateur pertinent pour fixer les tarifs, mais nous ne pouvons pas prendre de décision avant de connaître l'impact de la mesure sur les dépenses des départements.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Il faut être prudent lorsqu'on prend les revenus comme critère. Rappelez-vous la polémique qui a éclaté lorsqu'on a fixé pour la contribution sociale généralisée un seuil à 2 000 euros : cela renvoyait l'idée qu'au-delà, les revenus étaient considérés comme élevés. En adoptant cette mesure, on renverrait l'idée qu'on considère que les 20 ou 30 % des Français les plus aisés ont de hauts revenus et qu'ils peuvent se permettre de payer leur hébergement ou celui de leurs parents. Or nos concitoyens sont nombreux à s'interroger sur le niveau de la protection sociale ; beaucoup ont l'impression d'être contributeurs, jamais bénéficiaires. Sans sous-estimer le problème, je vous invite à la circonspection.

**M. Elie Califer (SOC).** Une précision : lorsque les crèches sont en DSP, il reste quand même un delta à payer pour la commune.

**Mme Claire Guichard (RE).** Pour bien connaître le système, je puis vous assurer que les crèches en DSP versent une redevance pour l'occupation des locaux et qu'elles pratiquent les tarifs fixés par la commune. Les crèches privées peuvent, elles, « vendre » moins cher un certain nombre de berceaux à la ville et tirer leurs bénéfices de la mise à disposition, dans le secteur privé, des autres places. Tout cela s'organise dans un cahier des charges. Il faut vraiment réfléchir à ce modèle pour le troisième âge.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS87 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Comme l'a préconisé la mission « flash », il convient d'imposer le report sur l'exercice suivant des excédents éventuels réalisés sur les forfaits soins et dépendance. Jusque-là, et dans le meilleur des cas, les gestionnaires proposaient d'utiliser l'excédent d'une dotation soins pour financer un autre projet ; dans le pire des cas, ils le détournent...



**Mme la rapporteure.** L'article 32 prévoit que les excédents pourront être repris, mais au terme de la durée du CPOM, et s'ils ne correspondent pas à un besoin objectif de l'établissement. Avec cet amendement, vous faites disparaître le principe général de libre affectation des résultats par le gestionnaire, quel que soit son statut, qui est une des avancées permises par le CPOM.

Avis défavorable.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Cela part d'une bonne intention, mais les intentions sont toujours difficiles à mettre en pratique.

Je vous rappelle que l'ARS et le conseil départemental demandent chaque année aux Ehpad publics les conditions des reports. Il arrive même que les tarifs des journées soient notifiés en septembre, pour l'année n-1, ce qui oblige les gestionnaires à effectuer un triple salto arrière pour équilibrer les comptes. Dans ce cas, les provisions sont bienvenues : cela évite d'augmenter soudainement les tarifs de 30 %.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Il y a quand même une différence notable entre les établissements dont vous parlez, monsieur Vigier, et les Ehpad à but lucratif que nous visons ! Lorsqu'une aide publique est versée, elle ne doit pas aller augmenter les « bénéf » , *a fortiori* lorsque l'argent public vient à manquer. Nous voterons cet amendement, c'est une mesure de salubrité publique.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS528 de M. Olivier Serva.*

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

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vise à attribuer des crédits supplémentaires à certains territoires, notamment outre-mer. Les raisons sont légitimes mais il existe déjà des mécanismes, notamment des tarifs planchers, qui permettent de prendre en compte les spécificités de ces territoires.

Avis défavorable ?

**M. Jean-Philippe Nilor (LFI - NUPES).** Il faudra bien un jour traiter la question de la révision des coefficients géographiques. Je rappelle que ces coefficients sont appliqués dans certaines régions, l'Île-de-France, la Corse et les départements et territoires d'outre-mer, pour tenir compte du surcoût des équipements, qu'il s'agisse de leur acquisition, de leur fonctionnement ou de leur durée de vie.

Il ne faut pas oublier qu'en Martinique, les fonctionnaires sont payés 40 % plus cher et que les établissements sont structurellement déficitaires. Quelque part, le déficit est organisé : il ne faut pas s'étonner, ensuite, qu'une épidémie comme celle du covid débouche sur une hécatombe ! Les établissements, aussi bien dans le milieu hospitalier que dans le milieu médico-social, sont à l'agonie. Je comprends que cela soit prématuré dans le cadre du PLFSS, mais il faudra bien définir à partir de quel niveau les coefficients géographiques permettent d'assurer la « solvabilité » des établissements. Je voterai cet amendement.

**M. Elie Califer (SOC).** En Guadeloupe, quand vous achetez un IRM, il coûte beaucoup plus cher, à cause du transport ; pour la maintenance, il faut faire venir quelqu'un,

lui payer son séjour, attendre la pièce ; sans compter maintenant l'inflation galopante et le prix de l'énergie. C'est intenable. Faut-il revenir sur l'hécatombe que nous venons de connaître ? Si les hôpitaux avaient eu les moyens structurels de tenir le coup, s'ils avaient disposé de respirateurs, s'ils avaient été à niveau, nous n'aurions pas eu plus de 1 000 morts !

Cela fait trop longtemps que les coefficients géographiques n'ont pas été révisés. Il devient urgent de regarder les choses en face et de donner aux hôpitaux des outre-mer et des autres régions concernées les moyens d'assurer une offre de soins continue. Il a fallu que j'explique au Président de la République, lors de sa visite, que notre centre hospitalier universitaire n'arrivait pas à acheter de lait infantile : son déficit est tellement abyssal que le fournisseur ne vient plus !

**M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES).** Oui, il faut passer aux actes ! Le Président de la République s'est engagé, lors d'une rencontre avec les parlementaires des outre-mer, en début d'année, à réviser les coefficients géographiques dans le cadre de ce PLFSS. Leur niveau n'a pas été révisé depuis plus de onze ans, alors que les coûts ont littéralement explosé. Pour les hôpitaux de La Réunion, le manque à gagner est de 15 à 20 millions d'euros.

**M. Paul-André Colombani (LIOT).** Malgré les promesses, les coefficients géographiques n'ont pas été révisés. Cela aurait pourtant permis aux établissements de santé de faire face à leurs déficits structurels.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS533 de M. Paul-André Colombani.*

*Amendement AS74 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Nous proposons, par cet amendement d'appel, que le Gouvernement remette un rapport sur la prise en compte des actions de prévention dans les forfaits soins des Ehpad. En effet, on fait supporter aujourd'hui aux résidents des dépenses qui relèvent manifestement de la prévention et pourraient être financées par le forfait soins, comme des actions de lutte contre la dénutrition ou la présence d'animateurs qui permettent le maintien du lien social et luttent contre la perte d'autonomie.

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

*Amendement AS94 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Nous demandons, là encore, un rapport qui rendrait compte précisément des moyens humains dédiés au contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux dans les ARS et les départements. Les chiffres sont en effet très variables.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

Comme cela a été annoncé en mars, 100 équivalents temps plein supplémentaires vont être affectés aux missions de contrôle des 7 500 Ehpad.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Madame la présidente, j'émets le vœu qu'en séance, nous puissions discuter des amendements demandant des rapports lors de l'examen des articles auxquels ils se rapportent. Cela rendrait les débats plus intéressants.

**Mme la présidente Fadila Khattabi.** Il est vrai que ces amendements sont généralement regroupés à la toute fin de la lecture du texte. Je dois dire, cependant, que « trop de rapports tue le rapport ». Par ailleurs, cet exercice mobilise de nombreuses personnes : il ne faut pas se plaindre ensuite que les cabinets ministériels emploient trop de monde !

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS151 de M. Patrick Hetzel.*

**M. Yannick Neuder (LR).** Il arrive que de petits épargnants ayant investi dans l'achat de chambres d'Ehpad se trouvent spoliés lorsque les promoteurs exploitants transfèrent les activités médico-sociales, et l'autorisation d'exploitation, dans un nouvel établissement : ils donnent congé aux propriétaires épargnants dès l'expiration du bail commercial, et le bien dans lequel ils ont investi perd alors toute sa valeur.

Nous proposons qu'un rapport étudie la possibilité d'encadrer les activités financières et immobilières des Ehpad.

**Mme la rapporteure.** Nous avons adopté précédemment l'amendement AS146 de M. Hetzel pour permettre aux autorités de tarification et de contrôle de bloquer un transfert d'activité au cas où les intérêts des petits épargnants seraient spoliés. Je vous invite à retirer l'amendement puisqu'il est satisfait.

*L'amendement est retiré.*

*Amendements AS76, AS104 et AS77 de M. Jérôme Guedj, amendements identiques AS566 de Mme Josiane Corneloup et AS913 de Mme Isabelle Valentin, amendements AS1596 de M. Damien Maudet et AS1597 de Mme Caroline Fiat (discussion commune).*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Mes trois amendements demandent eux aussi des rapports.

L'amendement AS76 concerne la définition d'un taux d'encadrement de personnel soignant en Ehpad, en s'inspirant éventuellement des ratios prévus pour l'hôpital.

Le rapport demandé par l'amendement AS104 évaluerait la réalité de l'augmentation des rémunérations des métiers prévue par le Ségur de la santé et les diverses mesures de revalorisation qui ont suivi, afin d'identifier ceux qui ont été oubliés.

Le rapport demandé par l'amendement AS77 concernerait l'attractivité des métiers du médico-social. Le rapport El Khomri de 2019 dressait un constat accablant. Certaines des mesures qu'il préconisait ont pu être appliquées. Le CNR consacrerait, semble-t-il, une partie de ses travaux à ces sujets, aussi pouvons-nous espérer obtenir des informations.

**M. Yannick Neuder (LR).** L'amendement AS566 est défendu.

**Mme Isabelle Valentin (LR).** Mon amendement demande un rapport sur les mesures salariales prévues par le Ségur et les accords Laforcade afin de mesurer leurs conséquences sur l'attractivité du métier, les disparités induites entre secteur privé et public et les coûts

supportés par les établissements et les services, mais aussi de dresser le bilan des financements versés par la CNSA et les ARS. En effet, le Ségur et les accords Laforcade sont à l'origine de nombreuses inégalités et d'un déséquilibre social au sein des établissements et entre les établissements.

**M. Damien Maudet (LFI - NUPES).** Beaucoup d'agents de la fonction publique hospitalière sont exclus du Ségur de la santé au prétexte qu'ils travaillent dans des centres départementaux alors qu'ils percevraient les 183 euros supplémentaires s'ils étaient employés dans un hôpital.

Le Ségur de la santé a été lancé à la suite de la crise sanitaire pour revaloriser les salaires de ceux qui avaient pris le risque d'attraper le covid-19 pour protéger leur pays. J'ai rencontré dans ma circonscription une personne qui a été contaminée dans l'exercice de son métier, a fait deux semaines d'hôpital, a souffert d'un covid long durant un an et demi. Elle travaille depuis dix-sept ans dans un centre départemental de l'enfance et gagne 1 600 euros mais n'a pas bénéficié du Ségur de la santé. Cette injustice fait naître un sentiment de frustration. Nous devons cette reconnaissance à toutes les personnes qui ont joué un rôle essentiel durant cette crise.

**Mme la rapporteure.** Je comprends bien votre intention politique. Les accords du Ségur, les accords Laforcade et l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile ont permis de revaloriser les salaires de différentes catégories de personnels. Les négociations se poursuivent dans le secteur social et médico-social pour rapprocher les deux principales conventions collectives, celle du secteur des établissements privés à but non lucratif, dite convention 51, et celle du secteur du handicap, dite convention 66. C'est à cette seule condition que nous pourrions revaloriser de façon uniforme les salaires de l'ensemble des personnels, y compris les personnels-ressource et les personnels administratifs qui ont, pour le moment, le sentiment d'avoir été oubliés.

Les revalorisations successives n'ayant pas encore produit tous leurs effets, les négociations n'ayant pas abouti, un rapport serait prématuré. Surtout, il faut se pencher sur la question plus large de la gouvernance de ce secteur. En effet, les personnes qui travaillent auprès des personnes âgées ne bénéficieront pas des mêmes mesures de revalorisation selon qu'elles travaillent dans un établissement ou à domicile car elles ne dépendent pas des mêmes autorités de tarification et de contrôle.

Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Je regrette cet avis défavorable car le rapport proposé par M. Maudet présente un intérêt indéniable. Les accords du Ségur ont conduit à des inégalités de traitement, parfois au sein même d'un service. Même si le périmètre des mesures a été progressivement étendu, les oubliés restent nombreux. Je reçois régulièrement des personnels confrontés à des situations incompréhensibles, à l'origine de nombreuses tensions dans les équipes. Il serait donc temps de dresser le bilan des mesures prises, d'autant plus que certaines prêtent à discussion, en particulier quand on reconnaît la pénibilité ou la qualification des uns mais pas des autres. Un rapport nous permettrait de prendre les mesures qui s'imposent.

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous savons tous que le dispositif est lacunaire. À cet égard, la réponse du ministre Jean-Christophe Combe, pourtant connu pour son humanité, m'a étonné de par sa fermeté. Nous sommes bien d'accord pour lui laisser le temps de s'organiser

mais pourquoi ne pas nous inspirer des mesures prise à la suite de l'adoption de l'avenant 43 qui revalorisait les salaires des personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile ? Pour compenser les surcoûts engendrés pour les départements, nous leur avons accordé des moyens supplémentaires.

En l'espèce, les structures sont financées par l'État, les départements, les communes. Plutôt que de renvoyer la responsabilité aux employeurs et aux collectivités locales, nous devrions tous nous réinstaller autour de la table. La commission des affaires sociales pourrait profiter du Printemps social de l'évaluation pour engager une véritable expertise, quitte à s'appuyer sur la Cour des comptes. Il ne s'agit pas de remettre en cause les décisions prises mais de créer un modèle cohérent qui ne conduise pas à des injustices entre les structures ou les métiers. Cela nous aiderait certainement à prendre les décisions qui conviennent dans le prochain PLFSS.

**M. Damien Maudet (LFI - NUPES).** Sachez que ces agents de la fonction publique hospitalière exclus du Ségur pour la simple raison qu'ils travaillent dans des centres départementaux ne sont pas plus de 3 000. C'est d'ailleurs sans doute pour ce motif qu'ils ont été oubliés... Revaloriser leur salaire ne coûterait pas beaucoup à l'État. En revanche, 183 euros de plus quand on gagne 1 600 ou 1 800 euros, cela change la donne.

Nous sommes contraints de camoufler cette revendication derrière une demande de rapport pour ne pas tomber sous le coup de l'article 40. Je vous invite à adopter cet amendement pour inciter le Gouvernement à prendre des mesures en séance. Il n'est pas normal qu'à statut similaire, certains bénéficient de la revalorisation et d'autres non. La même question se posera pour les personnels du secteur social et médico-social qui ont fait tourner le pays, eux aussi, durant la pandémie.

**M. Philippe Vigier (Dem).** Je ne pense pas que le rapport soit le bon outil mais je partage l'inquiétude de M. Thibault Bazin. Il y a une rupture d'égalité. Les personnels administratifs ont été les grands oubliés du Ségur alors qu'ils ont été largement mobilisés durant la pandémie, aux côtés des personnels médicaux et paramédicaux.

Peut-être une mission transpartisane pourrait-elle apporter des réponses. Nous avons adopté des amendements issus des préconisations d'une mission « flash » : c'est bien la preuve que notre commission peut faire avancer les choses.

**M. Éric Alauzet (RE).** Peu à peu, nous nous sommes éloignés de l'objectif des premières mesures de revalorisation salariale. Il s'agissait à l'origine de reconnaître les risques pris par les soignants, qui étaient en contact avec les malades sans protections et accumulaient les heures sans prendre de repos. Tout naturellement, tous ceux qui travaillaient à leurs côtés se sont demandé pourquoi ils n'y auraient pas droit. Et maintenant, des gens de bien d'autres secteurs y prétendent aussi ! Leur demande est légitime, mais les considérer comme des « oubliés » du Ségur serait exagéré. J'ai bien compris toutes les utilisations qui pouvaient être faites de la situation au plan politique, et l'effet de levier qu'elle confère, mais je trouve tout cela très confus et, pour tout dire, pas très sain.

**Mme Isabelle Valentin (LR).** La situation est très tendue entre les établissements. Les personnels du secteur médico-social ne supportent plus de gagner 1 350 euros par mois pour travailler les samedis et les dimanches. À la première occasion, ils changent de poste. Or, nous n'avons pas les moyens de perdre du personnel médical ou médico-social ; nous avons besoin de tout le monde. Que ce soit par l'intermédiaire d'une mission « flash » ou d'un

rapport, nous devons trouver des solutions. Nous sommes prêts à modifier la rédaction de nos amendements, si vous avez une meilleure idée, mais il faut avancer.

**Mme Annie Vidal (RE).** Ce type de sujet est parfaitement dans les attributions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Je suggère que cette thématique soit proposée aux deux coprésidents dès la réunion constitutive.

**Mme la rapporteure.** Je suis d'accord.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS1629 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme la rapporteure générale.** À mon tour, je demande un rapport... En raison de la transition démographique qui arrive comme un mur devant nous, il faut se demander si les médecins coordonnateurs ne pourraient pas être des médecins traitants dans les Ehpad, avec l'accord des résidents. C'est assez complexe. Nous avons déjà assoupli la loi en 2019 pour que le médecin coordonnateur puisse prescrire des traitements en cas d'urgence ou quand le médecin traitant n'est pas disponible. Il me semble crucial d'étudier ce sujet pour répondre aux besoins qui vont s'aggraver dans les années qui viennent.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable.

**M. Thomas Mesnier (HOR).** Cette proposition est récurrente, et pose divers problèmes. Que devient le libre choix du médecin traitant pour le résident en Ehpad ? Le médecin coordonnateur ne deviendrait-il pas tout naturellement le médecin de l'établissement ? Le sujet est sensible et je suis d'accord pour que nous poursuivions notre réflexion, éventuellement en nous appuyant sur un rapport.

**M. Thibault Bazin (LR).** Si l'on décide de ne pas abuser des demandes de rapport, Mme la rapporteure générale doit montrer l'exemple. Cela étant dit, ceux qui, parmi nous, siègent au conseil d'administration d'une maison de retraite savent que le rôle du médecin coordonnateur est très prenant. Il me semble qu'en l'espèce, une mission prospective serait plus utile qu'un rapport. Ce n'est pas le Gouvernement qui pourra nous expliquer le fonctionnement d'un Ehpad. Nous devons visiter plusieurs établissements, rencontrer les associations qui représentent les médecins coordonnateurs mais aussi les cadres de santé ou les directeurs. Je pense que nous pourrions mener cette mission à bien sans l'intervention du Gouvernement.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** D'aucuns poussent cette proposition pour gérer la pénurie de médecins. Je ne pense pas que ce soit une solution. Mais au-delà, je me demande combien de demandes de rapports la majorité est prête à accepter dans ce PLFSS : s'il n'y en a qu'un et que c'est celui-ci, cela posera vraiment problème.

**Mme Monique Iborra (RE).** En 2017, la commission des affaires sociales a lancé une mission d'information sur les Ehpad, dont j'étais corapporteuse. Nous avons constaté qu'il manquait un médecin coordonnateur dans environ 30 % des Ehpad – la situation ne s'est guère améliorée depuis. D'autre part, les médecins coordonnateurs n'avaient pas de pouvoir de prescription ; du reste, ils ne le demandaient pas car ils préfèrent limiter leur temps de présence pour pouvoir exercer leur mission dans plusieurs établissements. Aujourd'hui encore, l'une des deux associations qui les représentent n'est pas favorable à l'attribution de

ce pouvoir. Or les Ehpad souffrent d'un manque criant de médecins. On tourne autour du pot mais il faudra bien arriver, un jour ou l'autre, à salarier des médecins dans ces établissements.

**Mme la rapporteure générale.** Je retire mon amendement, dans l'optique de réfléchir au sein de la commission à la meilleure façon de progresser, en créant une mission ou en auditionnant des professionnels. Des accords sont possibles entre nous, car nous sommes guidés par un seul intérêt, celui du patient.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Nous pourrions constituer des groupes de travail pour poursuivre le travail au-delà de l'examen du PLFSS.

*L'amendement est retiré.*

### **Article 33** : *Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile*

*Amendements AS1093, AS1094, AS1095, AS1096 et AS1097 de M. Matthieu Marchio (présentation commune).*

**M. Matthieu Marchio (RN).** L'amendement AS1093 tend à préciser le fonctionnement du nouveau système de tarification des soins à domicile en attachant une date limite de trente jours avant l'échéance de tarification à la transmission des données par les services d'accompagnement. Il s'agit d'éviter que les données soient transmises trop tard et de s'assurer ainsi de l'effectivité du système.

L'amendement AS1094 vise à imposer cette même échéance aux départements.

L'amendement AS1095 permet l'abrogation automatique d'une disposition après son expiration en 2024.

L'amendement AS1095 vise à remplacer l'injonction par une mise en demeure, notion juridique plus claire et favorisant mieux la transparence.

Quant à l'amendement AS1097, il laisse aux services autonomie à domicile un délai de trois jours pour transmettre les données nécessaires à l'évaluation de la tarification. C'est raisonnable, puisqu'ils disposent déjà de ces données.

**Mme la rapporteure.** S'agissant des amendements portant sur les délais, sur la forme, ils sont du niveau réglementaire. Sur le fond, un délai de trente jours dans un cas et de trois jours dans l'autre me semble de nature à mettre les services d'aide à domicile dans une situation très difficile.

La mise en demeure, quant à elle, est prévue par le code civil pour des rapports de particulier à particulier. En l'espèce, elle est donc moins pertinente que l'injonction.

Avis défavorable à tous ces amendements.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements AS53 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Arthur Delaporte (SOC).** L'amendement vise à adosser les financements complémentaires accordés aux services autonomie à domicile à des critères de qualité de la prise en charge tels que l'état de santé physique et mentale des personnes accompagnées, leur classement GIR (groupe iso-ressources) et la réalisation de prestations dans des plages horaires spécifiques – week-end et vacances scolaires notamment.

**Mme la rapporteure.** Un décret en Conseil d'État est en cours de préparation.

Avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendements AS52 de M. Jérôme Guedj.*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** L'amendement tend à subordonner le versement de financements complémentaires aux services autonomie à domicile à la signature d'un CPOM. On me répondra que cela pénalisera ceux qui n'en sont pas dotés, mais si l'on tient vraiment le CPOM pour le moyen d'assurer la qualité et l'évaluation, il faudra bien un jour arrêter d'accepter que certains services n'en concluent pas.

**Mme la rapporteure.** Je comprends votre intention mais la mesure pèserait effectivement sur le financement de ces services.

**M. Thibault Bazin (LR).** L'idée va dans le bon sens, mais il faut savoir que ces services sont souvent demandeurs d'un CPOM et attendent parfois des années que l'autorité de tutelle, à savoir l'ARS ou le département, en réunissent les conditions. Des établissements pourtant bien gérés pourraient en être lourdement pénalisés.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 33 non modifié.*

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



### Présences en réunion

*Présents.* – M. Éric Alauzet, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, M. José Beaurain, Mme Fanta Berete, M. Elie Califer, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, Mme Laurence Cristol, M. Arthur Delaporte, M. Pierre Dharréville, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, M. Marc Ferracci, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, Mme Caroline Janvier, Mme Sandrine Josso, M. Philippe Juvin, Mme Fadila Khattabi, M. Didier Le Gac, Mme Katiana Levavasseur, M. Matthieu Marchio, M. Didier Martin, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Mesnier, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Astrid Panosyan-Bouvet, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, M. Jean-François Rousset, M. Freddy Sertin, Mme Prisca Thevenot, M. Nicolas Turquois, Mme Isabelle Valentin, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier, Mme Corinne Vignon

*Excusés.* - M. Sébastien Delogu, M. Sébastien Peytavie, M. Adrien Quatennens, M. Olivier Serva

*Assistaient également à la réunion.* - Mme Ségolène Amiot, Mme Danielle Brulebois, Mme Françoise Buffet, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Frédéric Mathieu, M. Damien Maudet, M. Jean-Luc Warsmann, Mme Estelle Youssouffa