

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1682) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier et MM. Cyrille Isaac-Sibille, Paul Christophe et François Ruffin, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 56

Jeudi

19 octobre 2023

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 14

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

**Présidence de
Mme Charlotte
Parmentier-Lecocq,
*présidente***



La réunion commence à quinze heures.

La commission poursuit l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1682) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier et MM. Cyrille Isaac-Sibille, Paul Christophe et François Ruffin, rapporteurs).

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous avons examiné 528 amendements. Il en reste 707. Au rythme actuel, il nous faudrait environ vingt-cinq heures pour les examiner, et même un peu plus au rythme que nous avons suivi ce matin. Je consacrerai une suspension à faire le point avec les responsables des groupes sur la manière de procéder. Plusieurs possibilités s'offrent à nous, dont celle de retirer certains amendements pour pouvoir débattre de sujets plus importants.

M. Victor Catteau (RN). Le délai de dépôt des amendements pour la séance est resté figé au 20 octobre à dix-sept heures. Dans la mesure où l'examen en commission va se poursuivre plus longuement que prévu, le délai va-t-il être repoussé à samedi ?

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous sommes d'accord pour un point d'étape dans la journée. Quant à retirer des amendements, vu qu'il n'y aura pas de débat en séance, je peux d'ores et déjà vous dire non. En revanche, je ne dis pas non tout de suite à l'idée de dire « Défendu » pour certains amendements ; nous en discuterons.

On entend déjà parler de prolonger la réunion de ce soir. Nous préférons revenir demain puisqu'une motion de censure est examinée demain soir, ce qui fera venir les soutiens du Gouvernement comme les partisans de la motion.

Pour le délai de dépôt des amendements, nous pensions qu'il était fixé à samedi 21 à treize heures.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Pour l'instant, le délai de dépôt n'est pas modifié. Je ne peux pas dire qu'il ne le sera pas. Cela relève de la Présidente de l'Assemblée nationale. Pour le projet de loi de finances, la présidente a décalé le délai parce que la commission des finances avait pris plus de temps que prévu.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). On me dit que mon groupe n'a plus que vingt-six amendements à présenter. Je vous confirme donc que nous n'en retirerons aucun.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Cela me paraît très peu.

Article 20 : Évolution des rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie

Amendement de suppression AS166 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous sommes favorables à l'instauration des rendez-vous de prévention, mais inquiets des modalités prévues, notamment de financement. Vous ne voulez pas les fixer dans le cadre conventionnel, considérant que ce serait compliqué, mais nous sommes attachés à la négociation conventionnelle, qui permet d'associer les acteurs à la démarche.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Avis défavorable. Je trouverais vraiment dommage qu'une mesure que nous avons votée l'année dernière ne puisse entrer en vigueur.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1885 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement nous a été suggéré par le conseil national de l'ordre des médecins. Par essence, le généraliste joue le rôle de centralisateur auprès de son patient ; la coordination qu'il assure tombe sous le sens. C'est pour l'avoir oublié que l'on a permis une dispersion de spécialiste en spécialiste ou que l'on a imposé le passage chez le généraliste avant d'aller chez le spécialiste, alors que c'était une évidence.

Nous sommes réticents face à la mise à l'écart des discussions conventionnelles s'agissant des rendez-vous de prévention. La prévention est indispensable ; nous avons voté le dispositif l'an dernier.

Mme la rapporteure générale. Beaucoup d'amendements concernent le contenu que vous voulez donner à ces rendez-vous. Je vais donc expliquer une fois pour toutes ce qu'il en est en pratique, et je me contenterai ensuite de rappeler mon avis défavorable.

Le dispositif que nous avons voté organise des rendez-vous de prévention dite primaire. L'assurance maladie détectera les publics en fonction de leur âge : à différents âges clés de la vie, ils recevront chez eux un pré-questionnaire à remplir, puis iront voir l'un des professionnels de santé visés à l'article 20 et échangeront avec lui à partir de leurs réponses au pré-questionnaire. Celles-ci pourront déclencher des alertes rouges qui conduiront à envoyer directement la personne chez le médecin. D'autres éléments pourront amener à l'orienter vers une association d'aide aux victimes ou qui se consacre aux addictions, par exemple.

Monsieur Guedj, nous ne voulons pas rouvrir des négociations conventionnelles alors que certaines viennent de se terminer et que le sujet n'est pas une consultation médicale assurée par d'autres professionnels qu'un médecin, mais un rendez-vous de prévention. C'est une nouveauté, un véritable virage.

Je donnerai donc un avis défavorable à énormément d'amendements portant sur cette question, non parce que je serais opposée aux aspects que leurs auteurs souhaitent voir aborder lors des rendez-vous, mais parce qu'ils ne relèvent pas du cadre du dispositif voté l'année dernière et repris dans cet article.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1766 de Mme Émilie Chandler

M. Freddy Sertin (RE). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS1426 de M. Michel Lauzzana

Mme Annie Vidal (RE). Il ne s'agit effectivement pas de consultations classiques mais bien de rendez-vous de prévention, qui doivent être l'amorce d'un véritable virage préventif. Notre amendement, travaillé avec le collectif Majeur et vacciné, propose d'y intégrer la promotion de la vaccination, assortie d'une information adaptée aux situations individuelles.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). S'il ne s'agit pas de consultations *stricto sensu* qui appelleraient des discussions conventionnelles sur la rémunération, leur contenu continuera d'être constitué de conseils classiques de prévention.

Je voudrais vous alerter à ce sujet. Au cours des années de covid, que j'ai vécues au Parlement européen, le glissement a été très sensible. Jusqu'où l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne devait-il s'appliquer ? L'Europe considérait qu'il relevait du droit de chaque État de s'occuper de son système de santé, mais que la prévention était une prérogative européenne. Je vous alerte sur une perte de souveraineté nationale concernant un pan entier de notre activité médicale. Les rendez-vous de prévention ont toujours existé et ces nouveaux dispositifs ne devraient pas ouvrir la porte à des décisions qui ne seraient pas souveraines.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1236 de Mme Sandrine Rousseau

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'amendement est défendu.

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

Amendements AS2782 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS2406 de M. Sébastien Peytavie (discussion commune)

Mme Anne Bergantz (Dem). Le surpoids et l'obésité sont un véritable sujet de santé publique. La prévalence de l'obésité chez les 18-24 ans a été multipliée par quatre depuis 1997 ; un Français sur deux est en surpoids, avec les conséquences que l'on sait sur les pathologies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, métaboliques, articulaires ou respiratoires, sur certains cancers et au niveau psychologique et social.

On constate une forte implication du gradient social. Les inégalités sociales de santé ont des répercussions tout au long de la vie. Elles entraînent chez les populations vulnérables ou précaires l'acquisition de mauvais comportements en santé, qui s'installent dès l'enfance. Pour prévenir le surpoids et l'obésité, il convient de renforcer la culture de la santé parmi la population, pour permettre aux individus d'acquérir de bons comportements.

L'amendement AS2782 tend donc à inscrire dans le cadre des rendez-vous de prévention le repérage des situations de surpoids et d'obésité et l'orientation des personnes concernées vers les professionnels adaptés.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Il faut accorder une attention particulière aux besoins de santé des femmes, mais aussi d'autres populations qui peuvent être particulièrement éloignées des soins et nécessiter des accompagnements spécifiques en santé : les personnes LGBT, celles en situation de précarité ou en situation de handicap.

Chez les personnes en situation de précarité, des signes de vieillissement précoces peuvent apparaître : les besoins en matière de prévention peuvent donc se manifester de façon anticipée pour ces populations par rapport aux tranches d'âge prévues dans l'article 20.

Il est également essentiel que ces rendez-vous de prévention se caractérisent par une démarche d'« aller vers » pour être réellement efficaces.

Mme la rapporteure générale. Vous avez tout à fait raison, et c'est le sens même de ces rendez-vous : l'« aller vers » les personnes les plus éloignées du système de soins, le fait de s'adresser à toute une génération, à un âge clé, en n'oubliant personne. Le problème de l'obésité sera pris en compte dans les questionnaires. C'est aussi pour cela qu'il faut un ensemble de professionnels qui ne se limite pas aux médecins.

Mon avis est néanmoins défavorable : ne dressons pas une liste au risque d'oublier toujours quelque chose.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Nous soutenons l'amendement AS2406.

Je vous confirme que mon groupe n'a plus que vingt-trois amendements à discuter et dix en traitement.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1482 de Mme Sandrine Rousseau

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'amendement vise à prendre en compte l'impact environnemental dans les consultations de prévention. En effet, les modifications environnementales ont des conséquences de plus en plus nettes sur la santé humaine et se traduisent par le développement accru de troubles parfois majeurs.

Mon collègue Nicolas Thierry a lancé une exploration pour trouver des Pfas – substances polyfluoroalkylées ou perfluoroalkylées –, les polluants éternels. Nous sommes plusieurs députés du groupe Écologiste à avoir été testés et j'ai lancé moi-même un test dans ma circonscription, sur une quinzaine de personnes. Tout le monde est contaminé. Il est important d'intégrer cette dimension aux rendez-vous de prévention.

Mme la rapporteure générale. Je comprends l'objet de votre amendement, mais sa mise en pratique n'est pas si simple.

Je salue le travail en cours de notre collègue Isaac-Sibille à ce sujet dans le cadre de la mission que le Gouvernement lui a confiée.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS2689 de Mme Nicole Dubré-Chirat

Mme Nicole Dubré-Chirat (RE). La prévention en santé mentale est une priorité pour résorber les difficultés d'accès aux soins en psychiatrie et pédopsychiatrie.

Le contenu et les modalités des consultations de prévention seront précisés par voie réglementaire, mais une vigilance toute particulière doit être accordée aux troubles psychiatriques et aux addictions.

Il faut accompagner la formation et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels qui sont en lien avec les jeunes. Les démarches fondées sur la psychoéducation et le développement des formations de premiers secours en santé mentale doivent être promues à tous les niveaux de la société.

Cet amendement a été travaillé avec l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux et la Fédération Addiction.

Mme la rapporteure générale. Au sein de cette commission, nous sommes tous alertés à ce sujet et motivés pour y travailler, vu l'urgence. Cependant, nous avons déjà adopté cette mesure l'année dernière : l'amendement est entièrement satisfait.

Demande de retrait.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Merci de nous permettre d'aborder cette question importante alors que le texte nous laisse peu de prise pour cela. Nous devons nous en préoccuper de manière beaucoup plus décisive. Notre société est sous tension, beaucoup de personnes ne vont pas bien, mais elles n'ont pas accès aux soins dont elles auraient besoin, que ce soit en addictologie ou en psychiatrie. On leur dit qu'on ne peut pas les prendre, qu'on ne peut même pas leur donner une date, qu'il n'y a pas de place avant des mois ; alors elles vont de plus en plus mal. On ne peut pas s'en satisfaire. Le dispositif Mon soutien psy n'est absolument pas une solution ; je regrette qu'on n'en tire pas les conclusions au bout d'un an de fonctionnement et après le rapport que nous avons présenté à son sujet.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1816 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet amendement a été préparé avec différentes associations de médecins, de jeunes médecins et de médecins généralistes, qui s'inquiètent de la forme qui va être donnée à la disposition dont nous discutons, particulièrement du court-circuitage total des discussions conventionnelles. Le caractère pluridisciplinaire peut rendre difficile la fixation du tarif ou du mode de rémunération, mais, alors que le but était de simplifier les choses, on crée une exception qui, comme toujours, n'en restera pas une très longtemps.

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

Amendement AS2658 de M. Philippe Schreck

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

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

Amendement AS319 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous souhaitons que le montant des tarifs des rendez-vous de prévention soit fixé dans le cadre des négociations conventionnelles. Il s'agit de sécuriser le résultat compte tenu de la démultiplication des interlocuteurs concernés – plusieurs catégories socioprofessionnelles auxquelles on pourrait même en ajouter d'autres. L'important est que les professionnels de santé adhèrent au dispositif.

Mme la rapporteure générale. L'objectif est la mise en place opérationnelle des rendez-vous. De nouvelles discussions avec tous les ordres prendraient du temps. Surtout, il faut considérer la prévention comme multiprofessionnelle et caractérisée par des recettes parallèles au financement habituel des actes et des consultations classiques.

M. Jérôme Guedj (SOC). On nous soumet un article qui complète celui de l'an dernier ; on a l'impression que rien ne s'est passé dans l'intervalle. On nous a dit que des rendez-vous étaient instaurés, mais pas un seul n'a été convoqué pendant l'année en cours.

De même, rien n'a été négocié avec les acteurs pour mettre en œuvre une autre disposition de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) votée l'an dernier : les deux heures de lien social pour les personnes âgées à domicile.

Cette absence de mise en œuvre par les administrations des mesures que nous votons pose un problème au législateur que nous sommes. Elle nous oblige à légiférer à nouveau sur le même sujet.

Mme la rapporteure générale. Instaurer ce que nous n'avons pas réussi à mettre en place auparavant, c'est tout l'enjeu de cet article que vous vouliez supprimer.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1577 de M. Thierry Frappé

M. Victor Catteau (RN). L'amendement est défendu.

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

Amendements identiques AS2324 de Mme Annie Vidal et AS2654 de Mme Maud Petit

Mme Annie Vidal (RE). Les rendez-vous de prévention peuvent être de très bons outils de santé publique afin de prévenir l'apparition de troubles, notamment ceux du mouvement qui entraînent la perte d'autonomie. Il semblerait donc pertinent d'ajouter les kinésithérapeutes aux professionnels qui en seront chargés – médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens.

Mme Anne Bergantz (Dem). L'amendement AS2564 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Merci de soulever cette question, qui revient souvent chez les professionnels, notamment les kinésithérapeutes eux-mêmes. Ces rendez-vous doivent être très généralistes : on procède de la tête aux pieds. Ils ne ciblent pas un organe ou l'activité physique, par exemple. Il ne semble donc pas opportun d'ajouter à la liste des professionnels spécialistes d'un organe.

Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Je soutiens l'amendement.

Les kinésithérapeutes sont des professionnels de santé. Ne me dites pas qu'un professionnel de santé ne voit qu'une partie du corps ! On lui demande de regarder de loin le patient qui entre dans son cabinet, pour le voir de la tête aux pieds, justement.

La commission adopte les amendements.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette les amendements identiques AS1394 de M. Jérôme Guedj et AS1878 de M. Yannick Neuder.

Amendements identiques AS1543 de M. Pierre Dharréville et AS1881 de M. Yannick Neuder

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Notre amendement AS1543 vise à maintenir la fixation des tarifs des rendez-vous de prévention par les négociations conventionnelles.

M. Yannick Neuder (LR). Ces rendez-vous ont été vivement réclamés dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 ; vous avez accédé à cette demande ; je m'étonne qu'un an plus tard le problème budgétaire ne soit pas réglé, et je m'étonne plus encore que les tarifs de ces consultations, alors que l'on espère qu'elles susciteront une large adhésion des professionnels de santé, soient exclus du champ des négociations conventionnelles à venir.

Mme la rapporteure générale. Nous avons eu des difficultés à mettre en place ces rendez-vous. L'un des moyens d'y arriver est l'instauration d'un tarif unique. Je le répète, il ne s'agit pas de consultations, mais d'une vision nouvelle de la prévention. L'article va permettre de les rendre enfin opérationnels. En passant par chacune des négociations conventionnelles, nous n'y parviendrons pas mieux que l'an dernier.

Mme Joëlle Mélin (RN). Est-ce qu'il ne sera pas tout aussi compliqué de ne pas en passer par les négociations conventionnelles ? Quelle sera la forme choisie ? Un acte forfaitaire pour x personnes ? En 1980 sont apparus les premiers services de soins infirmiers à domicile. Ils ont été déficitaires dès le premier jour, car ils impliquaient plusieurs intervenants pour une somme forfaitaire insuffisante. Va-t-on reproduire ce schéma ? Des dispositifs innovants, pourquoi pas ; encore faut-il donner à une ou plusieurs personnes les moyens de fonctionner grâce à un travail valorisé, reconnu, et à un vrai partage des tâches dans un cadre budgétaire valable.

Amendement AS814 de M. Élie Califer

M. Jérôme Guedj (SOC). Par cet amendement de repli je propose que les modalités de rémunération dérogatoires au cadre conventionnel des professionnels de santé prennent en compte les problématiques relatives à la tension médicale des outre-mer et des déserts médicaux.

Par ailleurs, je suis très heureux de l'adoption de l'amendement de Mme Vidal sur les kinésithérapeutes, car il est nécessaire d'élargir le champ des acteurs de la prévention.

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

Amendement AS2409 de M. François Gernigon

M. François Gernigon (HOR). L'amendement vise à intégrer le dépistage et la prévention des surdités dans les rendez-vous de prévention aux âges clés.

Il est important d'être sensibilisé à la perte d'audition dès l'âge de 25 ans, car les jeunes écoutent souvent de la musique avec un casque à un volume élevé. À 45 ans, le

rendez-vous permettrait notamment d'évaluer la perte d'audition liée aux conditions de travail. À 65 ans, rappelons que 65 % des individus sont touchés par cette infirmité qui affecte la socialisation.

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait ; à défaut avis défavorable. Il n'est pas souhaitable de modifier dans la loi le contenu de ces rendez-vous, qui est déjà déterminé à partir d'un questionnaire.

M. Yannick Neuder (LR). Je trouve dommage de ne pas avoir une discussion sur la rémunération des rendez-vous de prévention au prétexte que leur mise en place prend du retard ou que des négociations particulières seront menées. Priver les professionnels de santé d'une telle discussion ne favorisera pas l'acceptabilité.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 20 modifié.

Après l'article 20

Amendement AS1368 de Mme Ségolène Amiot

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). L'amendement vise à garantir l'accessibilité des rendez-vous de prévention aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME). Il n'implique pas la création d'une nouvelle charge puisque le premier alinéa de l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique précise que « *tous les adultes de 18 ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des rendez-vous de prévention* ».

L'AME est un dispositif précieux qui doit être renforcé. Lui adjoindre un volet prévention permettrait un repérage précoce des pathologies de ses bénéficiaires, ce qui serait bénéfique pour leur santé individuelle, donc pour la santé publique et les finances publiques. Les détenteurs de l'AME cumulent en effet de nombreux facteurs de vulnérabilité et d'exposition aux risques de santé. L'accès à la prévention est donc indispensable pour ce public, qui méconnaît souvent le fonctionnement du système de santé français et a des difficultés à accéder aux structures de soins.

Mme la rapporteure générale. Si cet amendement n'a pas été déclaré irrecevable alors qu'il semble créer une dépense nouvelle, c'est parce qu'il est déjà satisfait par une disposition que nous avons votée l'année dernière.

Demande de retrait.

L'amendement AS1368 est retiré.

Amendement AS993 de M. Stéphane Viry

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

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

Amendements AS2805 et AS2806 de M. Cyrille Isaac-Sibille (discussion commune)

M. Nicolas Turquois (Dem). Les amendements sont défendus.

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

Amendements identiques AS2847 de Mme Stéphanie Rist, AS2674 de M. Frédéric Valletoux, AS2733 de M. Alexandre Holroyd et AS2803 de Mme Sandrine Josso

Mme la rapporteure générale. Mon amendement vise à ce que soit menée une expérimentation sur le dépistage du cytomégalovirus avant, éventuellement, de le rendre systématique. Ce virus n'est pas grave mais, en cas de transmission fœtale, il présente un risque, dont la fréquence est assez importante puisqu'il est la première cause de handicaps divers après infection virale : surdité, handicaps neurosensoriels, retard mental. Il existe un traitement pour éviter la contamination, mais son accès demeure inégalitaire puisqu'il dépend de la prescription du dépistage par le médecin.

M. Frédéric Valletoux (HOR). L'amendement a été très bien défendu par la rapporteure générale.

Mme Laurence Cristol (RE). L'amendement AS2733 est défendu.

M. Nicolas Turquois (Dem). Ce virus, qui peut être contracté autour de la période de conception par la mère lorsqu'elle est en contact avec des enfants, expose les enfants à des risques de surdité et de malformation. Son dépistage systématique représenterait effectivement une vraie avancée.

La commission adopte les amendements.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Ces amendements sont adoptés à l'unanimité.

Amendements AS127, AS126 et AS1099 de M. Jérôme Guedj, amendement AS1102 de M. Arthur Delaporte (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS127 propose, à la suite du travail transpartisan de Régis Juanico et de Marie Tamarelle-Verhaeghe, que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur la politique de prévention, d'information et de lutte contre la sédentarité. L'activité physique, et notamment l'activité physique adaptée, diminue la prévalence des pathologies liées à la sédentarité et participe à leur résorption. La possibilité du sport sur ordonnance a été instaurée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mais il n'est aujourd'hui pas remboursé par la sécurité sociale, même si des mutuelles et des collectivités locales le prennent en charge. Le sport sur ordonnance doit être remboursé car la sécurité sociale doit également être un outil préventif.

Par l'amendement AS126, je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'opportunité de la prise en charge d'un test annuel de forme physique par l'assurance maladie, qui pourrait aboutir à la prescription de sport sur ordonnance.

Par l'amendement AS1099, je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la possibilité d'élargir la prescription d'activité sportive adaptée aux kinésithérapeutes. Aujourd'hui, ils peuvent la renouveler, mais ils ne peuvent pas faire la primo-prescription, ce qui est aberrant.

L'amendement AS1102, similaire au précédent, concerne les sages-femmes.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Guedj, je vous invite, ainsi que tous les autres députés mobilisés sur la prévention par le sport – et dont les amendements ont été déclarés irrecevables –, à évaluer la possibilité de prescription de sport, notamment d’activité physique adaptée, par diverses professions, ainsi que son remboursement – déjà autorisé, par exemple, pour le cancer du sein –, dans le cadre plus large de l’évaluation de la LFSS 2020 par la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss), que vous coprésidez.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). La question de la prévention, et de son financement, est essentielle. Elle demande notamment que nous réfléchissions à l’implication des clubs de sport. Je pense notamment à la Fédération française de rugby, qui réalise un travail remarquable avec les femmes opérées d’un cancer du sein.

Les amendements de Jérôme Guedj posent également la question de la confiance que nous voulons donner aux kinésithérapeutes et autres professionnels, question d’autant plus importante que nous devons faire face à une pénurie de médecins.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Nous devons réaliser des avancées dans ce domaine, mais je suis contre ces amendements car lors de son audition, M. le ministre de la santé et de la prévention s’est engagé à nous présenter ses propositions pour une meilleure prise en charge de l’activité sportive adaptée. Il n’y a pas de raisons de ne pas lui faire confiance.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS2415 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nous passons en moyenne 90 % de notre temps à l’intérieur. Un foyer devrait être synonyme de lieu sûr, mais l’air que nous y respirons est cinq à neuf fois plus pollué que l’air extérieur et cette pollution causerait chaque année 20 000 morts par an en France, soit six fois plus que les accidents de la route.

Cet amendement propose l’expérimentation d’équipes mobiles de santé environnementale, issues du modèle des équipes mobiles santé précarité. S’inscrivant dans une démarche pluridisciplinaire d’« aller vers », les équipes mobiles de santé environnementale se composeraient de professionnels de santé, tels que des médecins ou des infirmières, et d’experts en pollution. Le dispositif proposé s’inspire de celui d’ambulance verte de la cellule régionale d’intervention en pollution intérieure de Bruxelles.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Je soutiens fortement cet amendement. Je rappelle en effet les bénéfices de la prévention de la pollution intérieure qu’on a pu constater lors de la crise du covid alors que l’habitude avait été prise d’aérer : la prévalence de maladies telles que la bronchiolite, la grippe ou la gastro-entérite avait alors fortement diminué.

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

Amendement AS1778 de Mme Laure Lavalette

Mme Laure Lavalette (RN). Selon une étude de Santé publique France avec l’institut de sondage BVA de janvier 2023, plus de quatre personnes sur dix ont présenté des signes d’états dépressifs ou anxieux au cours de l’année passée, ce qui représente un niveau

élevé par rapport au seuil d'avant la pandémie de covid-19. Les jeunes adultes de 18-24 ans, les personnes précaires, celles déclarant des antécédents de troubles psychologiques sont celles qui sont le plus souvent concernées par les états anxieux et dépressifs, les pensées suicidaires et les problèmes de sommeil. Le contexte économique et géopolitique que nous vivons n'arrange rien. Selon une étude Ipsos de mai 2023, 80 % des Français concernés par une problématique de santé mentale ne consultent pas et 43 % pensent que leurs problèmes ne sont pas assez graves ou pensent pouvoir y faire face seuls. Pas moins de 34 % des Français interrogés disent ne pas consulter de spécialistes pour des raisons financières et les centres médico psychologiques, qui proposent des consultations gratuites, sont saturés.

Les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie sont l'occasion parfaite, notamment pour les plus jeunes, de bénéficier gratuitement d'une prévention de santé mentale basée sur un questionnaire préalablement rempli.

Mme la rapporteure générale. La promotion de la santé mentale est déjà inscrite dans la loi. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1732 de Mme Laure Lavalette

Mme Laure Lavalette (RN). Cet amendement propose de faire des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie un moment crucial pour la prévention des maladies neurodégénératives. J'ai présenté devant vous, en juillet dernier, avec ma collègue Sandrine Josso, la synthèse de notre rapport sur les maladies chroniques dégénératives en France. La maladie d'Alzheimer touche plus de 1 million de personnes et ce seront 1,8 million de Français qui seront touchés en 2050. Chaque année, 25 000 nouveaux cas de Parkinson et environ 2 000 de la maladie du motoneurone sont détectés.

Ces maladies, pourtant de plus en plus fréquentes, sont mal connues et les patients sont particulièrement concernés par l'errance de diagnostic. De nombreuses associations alertent sur le retard de diagnostic et sur le manque de formation des professionnels de santé. Alors que les patients et les associations attendent toujours un nouveau plan de prévention des maladies neurodégénératives, les rendez-vous de prévention aux âges clés sont l'occasion de détecter les cas précoces, qui concernent 33 000 personnes pour la maladie d'Alzheimer, donc de pallier le manque de médecins, notamment de neurologues.

Mme la rapporteure générale. La prévention de ces maladies est un des enjeux des rendez-vous de prévention. L'amendement est donc déjà satisfait : demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS147 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement propose une remise de rapport sur l'élargissement de la prescription de l'activité sportive adaptée et sur l'opportunité d'instaurer une fiscalité incitative pour les organismes complémentaires. Mme la rapporteure générale a suggéré que ce sujet soit évalué par la Mecss, qui, je le rappelle, est de plus en plus sollicitée. J'espère qu'un éventuel rapport de la Mecss sur le sport et la santé aboutira à des amendements, mais encore faudrait-il qu'on daigne les voter de façon consensuelle.

Mme la rapporteure générale. La commission devra également s'emparer de ce sujet. En attendant, avis défavorable.

M. Yannick Neuder (LR). L'activité physique adaptée est importante pour beaucoup de pathologies, notamment cardiovasculaires, en prévention primaire ou secondaire, mais des demandes de rapport ne me semblent pas être le meilleur moyen pour favoriser son développement. Je fais confiance aux deux coprésidents de la Mecss.

Je rappelle que les soins de suite et de réadaptation (SSR) doivent faire l'objet d'un suivi à domicile et d'un accompagnement. Ce qui a été prescrit peut donc être amené à évoluer. N'oublions pas enfin que les actes prescrits sur ordonnance ont vocation à être remboursés. Nous devons donc nous poser la question du financement.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Avant de parler de prescription d'activités sportives, il faudrait allouer davantage de moyens aux SSR afin que les personnels puissent accompagner les patients vers l'autonomie.

La commission rejette l'amendement.

Article 21 : *Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux*

Amendement AS320 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Par cet amendement je propose que le Gouvernement remette un rapport – seule solution qui m'est offerte, compte tenu des règles de recevabilité financière – sur la faisabilité et l'opportunité de notifier les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation de solidarité spécifique ne remplissant pas les conditions énoncées par l'article 21 de leur éligibilité à la complémentaire santé solidaire.

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

Puis elle adopte l'article 21 non modifié.

Article 22 : *Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51*

Amendements AS322 et AS321 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 22 va dans le bon sens, mais la méthode qu'il propose est trop verticale.

Avec l'amendement AS322, je propose donc que les principaux ordres professionnels rendent un avis sur l'ensemble des arrêtés prévus à cet article.

Avec l'amendement AS321, je propose que la Haute Autorité de santé (HAS) rende un avis sur le modèle qu'utiliseront les professionnels de santé lors de la rédaction de leur projet de parcours coordonné renforcé.

J'en profite pour regretter que, concernant l'examen du PLFSS, le Parlement soit réduit au rôle de chambre d'enregistrement de décisions prises par des directions d'administration centrale. Nous ne pouvons pas discuter de l'enveloppe financière : l'examen est réduit à des articles sympathiques, mais qui ne changent pas le système. J'espère que nous saurons sortir de ce piège pour débattre des besoins de la sécurité sociale et de leur financement.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Guedj, il me semble que nous avons eu, depuis le début de nos travaux, des débats intéressants, qui ont permis – l'avenir le dira – d'avancer sur plusieurs points. Il faut se garder de toute mauvaise foi.

L'article 22 vise à inscrire dans le droit commun des expérimentations issues de la base, en vue de mettre en œuvre des modes d'organisation proposés par les professionnels. L'avis des ordres professionnels est donc superflu.

L'amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Madame la rapporteure générale, des amendements sont certes défendus depuis le début de nos travaux, et vous faites certes l'effort d'y répondre. Toutefois, très peu recueillent un avis favorable. Dès que nous voulons entrer dans un débat technique ou aller plus loin, nous n'y arrivons pas.

Cela crée de la frustration. Vous devez entendre, soit dit sans aucune méchanceté à votre égard, la frustration du parlementaire, qui de surcroît sait que le débat en séance publique avec le Gouvernement n'aura pas lieu et s'entend dire qu'il faut aller plus vite. On nous demande de retirer nos amendements pour achever l'examen du texte ce soir. Pourquoi pas dès maintenant ? Pourquoi pas un 49.3 en commission ? Si je vais dans l'absurde...

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Madame Fiat, ce n'est pas honnête de dire cela. Je n'ai rien dit de tel.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). J'aimerais finir ma phrase, madame la présidente.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Dire que l'on vous a demandé de retirer vos amendements n'est pas honnête. Au début de la réunion, j'ai fait le point sur l'état d'avancement de nos travaux en indiquant que, si l'objectif commun est d'achever l'examen du texte ce soir, il faut que les groupes acceptent de retirer certains amendements. Point final. Personne ne vous a demandé de retirer vos amendements.

Par ailleurs, je rappelle que plusieurs amendements ont été adoptés, que le temps est laissé au débat, que nous en avons consacré beaucoup à plusieurs articles et amendements, qu'il a été assez rapidement décidé, de l'avis collectif me semble-t-il, d'entendre sur chaque amendement un orateur pour et un orateur contre, et que j'ai laissé plus de temps au débat lorsque c'était nécessaire.

À un moment donné, il faut qu'il y ait une honnêteté réciproque dans la façon dont les choses sont dites.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Puis-je finir ma phrase, madame la présidente ? Si je vais dans l'absurde...

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Cela commence bien !

Mme Caroline Janvier (RE). Madame Fiat, tout ne tourne pas autour de vous dans cette commission.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). La démocratie, ce n'est pas ça !

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous n'avons pas de leçon de démocratie à recevoir.

(Mme Caroline Fiat se lève et quitte la salle.)

M. Didier Le Gac (RE). Je suis assez d'accord avec M. Guedj, nous ne débattons pas comme nous le souhaiterions.

Toutefois, comme l'a rappelé Mme la présidente au premier jour de nos débats, le projet de loi de financement de la sécurité sociale fait l'objet, cette année, de 2 826 amendements, contre 1 607 l'an dernier, un millier il y a deux ans et 347 il y a dix ans. Nous gagnerions à nous concentrer sur les vrais débats. J'ai le sentiment, soit dit sans vouloir faire injure à quiconque, que ce n'est pas le cas de certaines de nos discussions.

La commission rejette successivement les amendements.

La réunion est suspendue de seize heures quinze à seize heures trente.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Pour l'examen des 621 amendements restants, nous nous sommes mis d'accord collectivement sur plusieurs points.

Les groupes les plus gourmands en temps de parole, dont les amendements sont nombreux, ont accepté de retirer ceux qui leur semblent de moindre importance.

Nous entendrons, sur chaque amendement, un orateur pour et un orateur contre. Ceux qui appellent peu de débats seront défendus brièvement, voire d'un simple « Défendu ». En revanche, nous prendrons le temps du débat sur certains sujets, tels que la tarification à l'activité (T2A) et le grand âge, ou d'autres qui viendront en discussion.

M. Freddy Sertin (RE). Est-il envisageable d'achever l'examen du texte ce soir tard ?

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Tout dépend de l'état d'avancement des travaux en fin d'après-midi. L'idée n'est pas d'avancer à marche forcée, mais de travailler dans les meilleures conditions possible.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). La commission est-elle convoquée demain ?

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Pas encore, mais on peut considérer qu'elle le sera. Je ferai le point avec les représentants des groupes à vingt heures.

Amendement AS93 de M. Yannick Neuder

Mme Josiane Corneloup (LR). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS569 de M. Dino Cinieri

Mme Josiane Corneloup (LR). Cet amendement vise à supprimer la fixation unilatérale par l'administration des modalités d'organisation des parcours coordonnés renforcés et des modalités de rémunération des professionnels de santé qui s'y engagent. Une telle fixation unilatérale constitue un contournement inacceptable de la démocratie conventionnelle, alors même que la grande majorité des professionnels de santé ont démontré leur capacité à s'engager sur d'ambitieuses mesures concertées de santé publique.

Mme la rapporteure générale. L'article 22 vise à généraliser certaines expérimentations menées dans le cadre du dispositif « article 51 » selon la volonté des professionnels. Leur inscription dans le droit commun vise à aider les équipes d'autres territoires à les développer.

Avis défavorable.

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

Amendement AS815 de M. Elie Califer

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement vise à tenir compte des enjeux de continuité territoriale dans les collectivités d'outre-mer.

Mme la rapporteure générale. Il est satisfait. Demande de retrait et, à défaut, avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS2482 de Mme Sandrine Josso

Mme Maud Petit (Dem). Cet amendement vise à sécuriser le financement de l'activité physique adaptée en le faisant figurer explicitement dans le code de la santé publique. Il a été travaillé en collaboration avec le collectif des états généraux de la santé respiratoire.

Mme la rapporteure générale. Sans préjudice du travail qu'il faut mener sur l'activité physique adaptée, l'article 22 prévoit des parcours coordonnés renforcés, qui permettront de prendre en charge l'activité physique adaptée et de rémunérer les équipes.

L'amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements identiques AS1833 de Mme Angélique Ranc et AS1908 de Mme Joëlle Mélin

Mme Joëlle Mélin (RN). Mon amendement vise à compléter l’alinéa 10 pour préciser clairement que, si la structure est chargée de la logistique, la coordination médicale incombe au médecin. Cela va sans dire, me direz-vous ; en réalité, c’est moins évident qu’il n’y paraît. Le conseil national de l’ordre des médecins souhaite que cette précision figure dans le texte.

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

Amendement AS570 de M. Dino Cinieri

Mme Josiane Corneloup (LR). Cet amendement vise à supprimer la disposition selon laquelle les structures de coordination doivent s’assurer du respect par les professionnels de santé des dispositions de l’arrêté d’organisation des parcours coordonnés. En tout état de cause, les professionnels devront les respecter, ainsi que leurs règles professionnelles habituelles, sans qu’une structure ne doive y veiller.

Mme la rapporteure générale. Les professionnels de santé ne sont pas obligés d’intégrer les structures de coordination. Toutefois, il s’agit d’expérimentations issues des territoires, dont la validation induit un financement, le plus souvent par équipe ou par structure.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l’amendement.*

Amendement AS323 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement de précision rédactionnelle vise à assurer la coordination des professionnels au sein du parcours coordonné renforcé, afin qu’ils y participent pleinement.

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

Amendement AS324 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement vise à préciser que le forfait, dont l’introduction dans la rémunération des professionnels est une bonne chose, sera établi à la maille du patient et non à l’activité. Dès lors qu’il s’agit d’un forfait, il ne doit pas être lié au nombre d’actes réalisés.

Mme la rapporteure générale. L’amendement est satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Sauf erreur de ma part, personne n’a mis en garde contre la financiarisation de ce futur marché.

Pour l’instant, il s’agit d’assurer les soins et leur qualité, ce qui est parfaitement légitime. Toutefois, par le passé, la financiarisation a petit à petit mis la main sur les Ehpad, les cliniques privées et les services délégués des hôpitaux publics.

Avec l'article 22, la financiarisation n'est pas loin. Nous avons, un peu partout, des centres de santé en grande difficulté financière. Les grands groupes lorgnent dessus, comme ils lorgnaient sur les laboratoires privés et les pharmacies avant d'arriver à leurs fins. Il faut avoir conscience qu'une telle évolution est possible.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1710 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). L'échelon de décision est un marronnier de nos débats, abordé notamment lors de l'examen des propositions de loi Rist et Valletoux.

La ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé s'est montrée favorable à la départementalisation des agences régionales de santé (ARS) il y a quelques mois. J'aimerais savoir si la majorité présidentielle l'est aussi.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

L'amendement s'inscrit dans une démarche de territorialisation des financements. L'article 22 vise au contraire à généraliser d'expérimentations menées dans les territoires présentant un intérêt pour les patients. Pour ce faire, il faut une décision nationale.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 22 modifié.

Après l'article 22

Amendements identiques AS2852 de Mme Stéphanie Rist et AS2732 de Mme Laurence Cristol

Mme la rapporteure générale. Ces amendements permettent incidemment de lutter contre la financiarisation de la santé, contre laquelle Mme Mélin a mis en garde. Toutefois, cette notion recouvre beaucoup de choses.

Il s'agit d'améliorer la qualité de la prise en charge, au juste prix, des actes de radiothérapie, en proposant de transformer leur financement.

Mme Laurence Cristol (RE). Cela fait dix ans que nous avons conscience du caractère obsolète du modèle de financement de la radiothérapie, fondé sur une double tarification. Ce constat est partagé par les pouvoirs publics, les professionnels et les fédérations.

De nombreuses discussions ont eu lieu au cours des dernières années, notamment depuis 2014. L'expérimentation décidée alors, qui aurait dû prendre fin en 2018, a été poursuivie. La crise sanitaire et l'attention portée à d'autres chantiers ont conduit à suspendre l'avancement des travaux.

Il est temps d'inscrire dans la loi le principe d'une forfaitisation des actes de radiothérapie pris en charge pour un même patient par l'assurance maladie obligatoire, non seulement pour suivre les progrès en matière de radiothérapie, de confort et de qualité de vie du malade, mais aussi pour éviter une financiarisation excessive de cette activité.

La commission adopte les amendements.

Amendements AS466 et AS514 de M. Mickaël Bouloux

M. Jérôme Guedj (SOC). Je ne voudrais pas que nous achevions l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale sans avoir évoqué les orthophonistes, qui sont des acteurs essentiels de notre système de santé.

L'amendement AS466 vise à expérimenter le recours à la télé-expertise des orthophonistes. L'amendement AS514 vise à les autoriser à prescrire des substituts nicotiques dans le cadre la lutte contre le tabagisme.

Mme la rapporteure générale. J'émet un avis favorable à l'amendement AS466 et un avis défavorable à l'amendement AS514.

La commission adopte l'amendement AS466.

Puis elle rejette l'amendement AS514.

Amendement AS665 de Mme Fanta Berete

M. Freddy Sertin (RE). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS1212 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Cet amendement prévoit la remise d'un rapport sur le forfait patient urgences (FPU), instauré dans l'espoir de désengorger les services d'urgences.

Nous sommes malheureusement dans un contexte, que personne ne nie, de désertification médicale et de difficulté d'accès aux soins pour beaucoup de gens. Notre groupe aimerait savoir quel est le gain réel du FPU, sous l'angle non seulement du désengorgement des services d'urgences, mais aussi de son coût en matière d'accès aux soins, qui peut avoir des conséquences dramatiques.

L'été dernier, l'un de nos assistants parlementaires, aux urgences, s'est entendu dire : « Nous voulons vous hospitaliser, mais, faute de place, nous vous laissons rentrer chez vous. Si votre fièvre augmente, si vous vous sentez mal, revenez avec les pompiers ou le Samu. » On lui a facturé 18 euros. Il s'est présenté à trois autres reprises, toujours sans succès. Chaque fois, on lui a facturé 18 euros sans l'admettre, faute non de volonté ou de gravité de son problème, mais de place. Il a fini par revenir en état d'urgence extrême et a été opéré dans l'heure.

Telles sont les situations dramatiques qui surviennent, dans une absurdité totale. Le FPU partait sans doute d'un bon sentiment, mais il serait bon de l'évaluer correctement.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable. Il me semble que l'évaluation du FPU a été menée par le Sénat.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1729 de Mme Laure Lavalette

Mme Laure Lavalette (RN). L'article 51 de la loi du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet de déroger à plusieurs règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier et médico-social. Sont éligibles les expérimentations comportant une innovation concernant la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

De nombreux projets remplissant ces critères se heurtent à des refus non motivés des ARS et des conseils départementaux. Tel est le cas, dans ma circonscription, du centre d'accueil de jour Les Pensées, à Ollioules. Cette structure, qui accueille des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, correspond exactement aux besoins du territoire. Elle est parfaitement viable économiquement.

Elle souhaite étendre son activité à l'accueil de nuit et offrir un accueil de courte durée répondant aux attentes des patients et de leurs aidants. L'établissement dispose d'un étage non utilisé, prêt à accueillir tout le matériel nécessaire à cet élargissement de son activité.

Ce projet d'extension s'inscrit dans le cadre du dispositif « article 51 ». Il a été refusé par le conseil départemental du Var et l'ARS sans motif. Le personnel et la directrice, quotidiennement interrogés par les patients et leurs familles, sont dans l'incompréhension la plus totale.

Le présent amendement prévoit la remise d'un rapport sur le nombre d'expérimentations éligibles non retenues et les raisons de leur rejet. Les porteurs de projets œuvrent quotidiennement pour un parcours de soins efficient dans les territoires. Il nous semble insupportable que les motifs de refus ne leur soient pas communiqués.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait. Le rapport demandé est en ligne sur le site du Gouvernement. Il présente l'état d'avancement des expérimentations menées dans le cadre du dispositif « article 51 » et le résultat de leurs évaluations.

M. Yannick Neuder (LR). Sur les expérimentations menées dans le cadre du dispositif « article 51 », il faut être vigilant sur un point : de très bonnes initiatives du territoire peuvent faire l'objet d'un financement mixte. L'exemple donné par Mme Lavalette relève du champ du médico-social, qui fait l'objet d'un financement départemental.

Il faut veiller à ne pas associer à une décision de l'État au titre du dispositif « article 51 » les moyens d'un conseil départemental. Un échange entre l'État et le département, ainsi qu'un avis favorable des deux, est une condition nécessaire de la mise en œuvre des expérimentations décidées dans le cadre du dispositif « article 51 ».

Mme la rapporteure générale. Le dispositif « article 51 » permet d'expérimenter de nouveaux modes de financement. La question du financement est donc traitée d'emblée. Par la suite, des évaluations déterminent si le coût de l'expérimentation est supportable ou non par la collectivité locale concernée.

Mme Laure Lavalette (RN). Dans l'exemple que j'ai évoqué, le conseil départemental a émis un avis favorable et le financement est acquis. Seul manque un accord de l'ARS.

En réalité, de nombreux projets innovants ne s'inscrivent pas dans la logique du tout-Ehpad promue par le Gouvernement, à tort selon moi. Nous allons droit dans le mur. Le rapport que j'ai rédigé avec Sandrine Josso à l'issue de notre mission « flash » sur les maladies neurodégénératives est pourtant très complet.

Je regrette que des projets innovants soient victimes du sectarisme du tout-Ehpad. Manifestement, pour l'ARS, tant qu'il y a des places libres en Ehpad, aucun projet innovant n'est recevable. Toutes les études démontrent pourtant que l'Ehpad n'est pas l'alpha et l'oméga s'agissant de la prise en charge des maladies neurodégénératives.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS2308 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Cet amendement d'appel du groupe Écologiste - NUPES prévoit la remise d'un rapport permettant de tirer les leçons de l'échec du dispositif Mon soutien psy, en vue d'y mettre un terme et de réaffecter les crédits alloués à ce dispositif aux centres médico-psychologiques (CMP).

Ce dispositif pose plusieurs problèmes. Pour y entrer, il faut passer par un médecin généraliste. Il prévoit huit séances, ce qui est insuffisant pour quelqu'un qui commence à faire un travail sur lui. Quiconque a fait l'objet d'un suivi psychologique sait que proposer une amorce de huit séances sans prévoir la suite n'est pas sérieux. Par ailleurs, le format des séances ne permet pas de choisir entre plusieurs approches psychologiques.

Ce dispositif est rejeté par 90 % des professionnels, et ce n'est pas faute de lui avoir laissé du temps et de l'avoir fait connaître pour qu'il prospère.

La santé mentale est un défi majeur de santé publique. La psychiatrie, qui est historiquement le parent pauvre de l'hôpital, est en grande difficulté. Nous manquons cruellement de psychiatres.

Les assises de la santé mentale et de la psychiatrie ont prévu l'augmentation de 800 équivalents temps plein (ETP) des effectifs des CMP en trois ans, soit environ 0,36 ETP supplémentaire dans les CMP pour enfants et 0,16 ETP supplémentaires dans les CMP pour adultes. La réallocation du budget du dispositif Mon soutien psy permettrait de créer 2 500 postes de psychologue.

Mme la rapporteure générale. S'agissant d'une demande de rapport, j'émet un avis défavorable.

Je souscris aux conclusions que vous avez présentées avec Éric Alauzet et Pierre Dharréville dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, au cours duquel le Gouvernement a annoncé la publication d'un rapport sur le dispositif Mon soutien psy, qui est attendue d'ici la fin de l'année.

Le groupe Renaissance a déposé des amendements, malheureusement déclarés irrecevables, visant à offrir la possibilité aux professionnels de santé des établissements scolaires d'orienter les élèves vers ce dispositif, ce qui permettrait de l'élargir. J'espère que nous obtiendrons, d'ici l'examen du texte en séance publique, la levée du gage.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Les demandes de rapport n'ont pas toutes pour objet d'augmenter la consommation de papier. L'amendement de notre collègue Peytavie met le doigt sur un point très douloureux : la difficulté à obtenir un rendez-vous en CMP, notamment en pédopsychiatrie. Or l'attente, c'est le mal qui s'enfoncé et qui vous enkyste dans la maladie, surtout si vous êtes un enfant.

Il faut allouer davantage de crédits aux CMP pour les faire sortir de cette ornière. Compte tenu du bond du mal-être de la population française, notamment parmi les plus jeunes, constaté à l'issue de la crise du covid, une réponse ambitieuse s'impose. Elle n'est pas au rendez-vous.

M. Yannick Neuder (LR). Je soutiens l'amendement. Sous réserve de vérification, la proportion de 90 % des psychologues cliniciens rejetant le dispositif ne peut laisser indifférent. Quoi qu'il en soit, il faut allouer davantage de moyens aux CMP. Dans les déserts médicaux les plus étendus, qui sont parfois aussi vastes qu'une circonscription, les CMP sont les seuls lieux dédiés à la santé mentale.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS128 de M. Joël Aviragnet et AS438 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Joël Aviragnet (SOC). Nous demandons un rapport sur le dispositif Mon soutien psy – même si un tel document ne sera pas nécessaire pour constater qu'il ne fonctionne pas. Tout le monde le sait et le très faible nombre de professionnels qui ont intégré le dispositif – 5 % des psychologues seulement – le montre de manière éloquent. Ces mesures technocratiques, parisiennes, prises d'en haut sont inadaptées à la réalité du terrain, malgré les bonnes intentions. Personne ne s'y retrouve ; les jeunes ne sont pas pris en compte.

En parallèle, la demande en matière de santé mentale augmente, mais le nombre de médecins diminue. Les délais de prise en charge dans les centres médico-psychopédagogiques s'élèvent à six mois ; à cause de ce retard, les pathologies risquent de devenir chroniques.

Il est urgent de mettre fin à Mon soutien psy, ou de le rénover. Arrêtons en tout cas de faire comme s'il fonctionnait. Outre les problèmes déjà mentionnés, l'accès au dispositif dépend d'une prescription médicale. Pourtant, on le sait bien, que ce soit par expérience personnelle ou grâce aux témoignages des professionnels, ceux qui rencontrent des difficultés n'ont pas envie de les présenter à quinze professionnels différents !

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS438 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable sur les deux amendements.

M. Thierry Frappé (RN). Nous soutenons ces amendements. Le bilan de Mon soutien psy présenté par M. Peytavie dans le cadre de la Mecss a montré l'inefficacité de ce dispositif – qu'elle soit due aux professionnels, ou à la manière même dont le parcours est organisé. Il est temps d'y mettre fin et de réorienter les fonds qui y sont consacrés vers les CMP, qui en ont besoin, et plus largement vers la prise en charge des consultations psychologiques. La France est confrontée à un problème de santé mentale, qui ne relève pas forcément du champ de la psychiatrie. Il faut changer d'approche.

M. Joël Aviragnet (SOC). Je ne bloquerai pas la discussion à cause d'une demande de rapport. Toutefois, madame la rapporteure générale, vous ne pouvez pas vous contenter de rejeter ces amendements d'un mot. Tout le monde constate la prégnance de ce problème de santé publique. Nous ne pouvons faire comme si de rien n'était.

Mme la rapporteure générale. Nous avons déjà débattu de santé mentale tout à l'heure. Nous attendons un rapport du Gouvernement ; des rapports de parlementaires ont déjà été publiés. Ce n'est pas le rapport que vous demandez qui résoudra le problème de la santé mentale.

Maintenant que le constat a été formulé, il nous reste, en tant que parlementaires, à travailler à des propositions, que ce soit dans le cadre de la Mecss ou d'une proposition de loi.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1359 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Nous demandons un rapport sur les conséquences de la pérennisation des maisons de naissance, décidée en 2021, à laquelle nous nous étions opposés alors.

Nombre de maternités et de services d'urgences ferment. Pour la première fois depuis la Seconde Guerre mondiale, la mortalité infantile augmente. C'est parfaitement anormal, dans un pays développé et qui continue de se développer. Cela doit nous alarmer.

Si nous ne pensons pas que les maisons des naissance soient, en tant que telles, la cause du problème, il faut mettre en parallèle leur ouverture avec la fermeture de maternités, qui a conduit à démedicaliser les naissances. Un rapport pourrait nous aider à comprendre : pourquoi continuer à financer les maisons de naissance alors que nous fermons les maternités ?

Cet été, pas loin de chez moi, en Vendée, deux nouveau-nés n'ont pas survécu, après être nés au bord de la route. Des cas similaires se sont produits dans de nombreux départements. Cela ne devrait pas arriver dans un pays comme le nôtre ; nous devons nous interroger sur la qualité et la quantité des soins mis à disposition de nos concitoyens et concitoyennes.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable à cette demande de rapport.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Les demandes de rapport sont notre seule porte d'entrée pour traiter de questions essentielles.

Depuis le printemps, la maternité de Sarlat a dû fermer je ne sais combien de fois. Pendant ces fermetures, les femmes enceintes doivent se rabattre sur des maternités qui sont parfois situées à une centaine de kilomètres de leur domicile. Cette situation créera forcément des problèmes pour les grossesses à risque. Les maternités ne peuvent ouvrir que si au moins trois professionnels sont présents ; l'absence d'un seul professionnel peut donc poser de nombreux problèmes.

Revenons sur le délai de prise en charge en CMP : il est d'un an. C'est catastrophique ! Si les crédits consacrés à Mon soutien psy étaient réorientés vers les CMP, ils permettraient de créer 2 500 postes de psychologues, et donc de changer considérablement les choses.

La commission rejette l'amendement.

Article 23 : *Réforme des financements médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé*

Amendement AS2566 de Mme Caroline Fiat

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il faut exclure la T2A pour la prise en charge des affections de longue durée. Ces pathologies, qui nécessitent des actes à répétition, entrent donc mal dans les cases de la T2A. Cela crée parfois des situations absurdes où un même acte pourrait entrer dans plusieurs cases à la fois. L'inadaptation totale de la T2A à ces situations nous coûte extrêmement cher.

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

Amendement AS339 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 23 compte parmi les articles essentiels de ce PLFSS, puisqu'il applique l'engagement du Président de la République de réformer la T2A – enfin ! Il est bon que nous en débattions ici : malheureusement, nous ne voyons pas en quoi le dispositif proposé bouleversera la situation.

Outre la tarification à l'activité, le financement des établissements de santé pourra désormais passer par « des dotations relatives à des objectifs de santé publique », ou par « des dotations relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation ». Vous élargissez ainsi le type de financement prévu pour la recherche, la formation et l'innovation dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements. Ainsi, cet article reste très timoré, alors que nous connaissons les effets dévastateurs de la T2A.

Je vous alerte : la majeure partie des recettes de l'hôpital continuera de provenir de la T2A. En outre, la réforme ici prévue du financement du champ médecine chirurgie obstétrique (MCO) aurait dû au moins s'appuyer sur la consultation des organisations nationales des professionnels de santé, des patients et des établissements de santé – bref, de tous ceux qui ont dénoncé les effets pervers de la T2A et n'ont pas souvent été associés à vos travaux.

Mme la rapporteure générale. C'est vrai, cet article est important parce qu'il transformera le financement des établissements. Les maternités et les services de réanimation, entre autres services dont l'activité ne peut par définition pas être programmée, seront financés à travers des dotations relatives à des missions spécifiques et sortiront donc de la tarification à l'activité, diminuant ainsi l'importance de ce type de financement dans les établissements.

Nous créons en outre les dotations relatives à des objectifs de santé publique, permettant une meilleure prise en compte globale des patients et de la population, comme vous le demandiez, madame Amiot.

Nous disposerons ainsi de trois compartiments de financement, qui permettront de financer l'hôpital de manière plus juste, plus équitable, au profit notamment de services fournissant des soins non programmés tels que les maternités. C'est important.

Monsieur Guedj, nous avons discuté de cet article avec les présidents des fédérations. Lors des auditions, le dispositif leur a plutôt semblé bienvenu. Le problème portait sur son calendrier – ils reviendront vers nous sur ce point. En effet, la transformation du financement de la psychiatrie, des urgences, des SSR, que nous avons votée, donne déjà beaucoup de travail aux équipes, sur des points parfois très techniques.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'abonde dans le sens de Mme la rapporteure générale. Si la T2A a montré ses limites, elle a aussi son intérêt pour standardiser l'approche de certains actes médicaux dans l'ensemble du territoire. Elle doit évoluer, mais gardons-nous de provoquer un tremblement de terre. Nous devons observer les effets cette réforme dans le temps, pour la faire évoluer ; les établissements doivent aussi s'approprier cette nouvelle philosophie de financement. Je penche donc pour une approche très progressive, plutôt que pour l'approche radicale promue par cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS337 et AS336 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous arrivons au cœur du problème. Le président Macron n'a cessé d'annoncer la fin de la T2A. En 2017, 2018, puis cette année, lors de ses vœux aux personnels soignants, présentés au centre hospitalier sud-francilien, à Corbeil-Essonnes – j'y étais –, M. Macron a procédé à un *mea culpa*, reconnaissant l'échec de la méthode de sortie progressive et d'évolution de la T2A qu'il avait envisagée et annonçant clairement la sortie de cette tarification problématique dès le présent PLFSS. Pouvez-vous me confirmer que cet article la permettra ? L'étude d'impact ne permet pas de le dire.

La T2A représente actuellement 76 % du financement en MCO, alors qu'en 2018, le Gouvernement avait annoncé sa volonté de plafonner à 50 % la part du T2A dans le financement des établissements.

L'amendement AS337 vise donc à plafonner à 50 % la place de la T2A dans le financement des établissements, en complétant l'alinéa 36. Vous me reprocherez de ne pas prendre en compte, avec ce plafond unique, les différences entre les établissements. Mais, en même temps, le projet annoncé par le Président de la République de « sortir de la T2A », implique bien que ce mode de financement doit cesser d'être majoritaire, si vous voulez jouer sur les termes.

Si vous rejetez le premier amendement, le second, AS336, vise à renvoyer la fixation d'une quotité maximale pour la tarification à l'activité à un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé. Il faudrait également un débat public. Les effets délétères de la T2A sont documentés. Le dernier rapport de la Cour des comptes était très sévère. Pour l'heure, vous modifiez les financements autres que la T2A. Vous ne changez que la vitrine.

Mme la rapporteure générale. Vous avez raison à l'échelle des établissements mais tort à celle de services donnés, tels que les services de maternité, qui sortiront intégralement de la T2A.

La T2A ne permet pas de répartir équitablement le financement entre les établissements pour les services de maternité ou de réanimation. Nous faisons donc sortir brutalement ces derniers de ce mode de tarification, comme l'a demandé le Président de la République lors de ses vœux. C'est important car la situation n'était ni juste ni équitable.

Pour d'autres services, un financement partiel par la T2A apparaît juste. Ce type de financement apparaît cohérent pour des actes faciles à compter et standardisés, comme les opérations de l'appendicite réalisées dans les services de chirurgie.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je ne suis pas sûr de bien comprendre les perspectives. La sortie de la T2A se poursuivra-t-elle ou non après la présente réforme ? Celle-ci est cosmétique : elle portera la part de cette tarification de 57 % à 49 %. On ne saurait donc parler de sortie de la T2A ; seuls quelques services, mais non la majorité en sortiront. Pour notre part nous souhaitons changer la philosophie même du financement de l'hôpital public.

Par ailleurs, je ne suis pas certain que les financements que vous proposez en remplacement de la T2A soient satisfaisants. Le problème est que leur montant sera encadré par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

En tout cas, la T2A a montré ses limites depuis longtemps ; il est temps d'en sortir. Or cette réforme est vraiment insuffisante. Le Président de la République décide de beaucoup trop de choses, et nous de pas assez. Nous devrions prendre des mesures beaucoup plus fortes.

M. Yannick Neuder (LR). La T2A permet seulement de répartir un budget global au sein d'un établissement. En outre, il faut bien mesurer l'activité ! Nous sommes tous d'accord, les actes qui ne peuvent être programmés doivent sortir de la T2A, mais pas trop brutalement non plus – je pense à ceux réalisés dans les services de réanimation et de gynécologie, ou dans le cadre de parcours complexes, en cas de greffe, ou encore dans le cadre d'activités de recours dans les centres hospitaliers universitaires, notamment.

Le paradoxe est qu'alors que tout le monde veut sortir de la T2A, des services qui n'y étaient pas soumis jusqu'à présent le seront à partir du 1^{er} janvier, notamment ceux de réadaptation. C'est une fausse bonne idée ; je doute que les patients et les soignants y gagnent.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Nous le savons tous, la situation actuelle est très éloignée du « tout-T2A », notamment à l'hôpital, contrairement à ce que l'on entend parfois. Si l'on dépasse le champ de la MCO, pour examiner le financement de l'ensemble des activités hospitalières, celui-ci n'est assuré qu'à un peu plus de 50 % par la T2A.

Par ailleurs je défends l'idée qu'il ne faut sortir que progressivement de ce mode de financement. Les systèmes de financement sont complexes, surtout quand ils couvrent des activités très différentes. Des à-coups liés à une réforme trop rapide pourraient déstabiliser les hôpitaux, qui assument des missions complexes. Préférons une sortie en sifflet. La T2A représentait entre 57 % et 58 % du financement de l'hôpital en 2019 ; actuellement, elle n'en représente que 52 % ou 53 %. Il faut continuer ainsi.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1439 de M. Paul-André Colombani

M. Paul-André Colombani (LIOT). La réforme du modèle de financement de certaines activités prévue à cet article constitue une première étape positive, mais tout reste à construire, et nous ne savons rien des nouvelles modalités de financement. Il faudra être constructif.

À partir d'une telle ligne directrice, nous demandons que les objectifs de santé publique tiennent compte des besoins de santé spécifiques de chaque territoire. Je parle en connaissance de cause : l'âge moyen n'est pas le même partout ; les maladies chroniques n'ont pas la même prévalence partout non plus. La ruralité et l'insularité de certains territoires doivent être prises en compte. Nous demandons donc de préciser que les objectifs seront « territoriaux ».

Mme la rapporteure générale. Votre amendement est satisfait.

Trois compartiments financeront désormais les établissements de santé. Le premier est celui des dotations relatives à des missions spécifiques, qui concernera les maternités, les urgences. Le second est celui du financement à l'activité, pour les missions très encadrées par un protocole. Le troisième bloc de financement passera par des dotations relatives à des objectifs de santé publique ; il valorisera la prévention, la coordination des parcours des patients, l'amélioration du parcours de soins au sein d'un territoire donné, dont la spécificité sera donc prise en compte.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Il vaut mieux préciser qu'il s'agit d'objectifs « territoriaux », comme y tend mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS2855 de Mme Stéphanie Rist, AS2676 de M. Frédéric Valletoux, AS2731 de Mme Laurence Cristol et AS2804 de Mme Sandrine Josso

Mme la rapporteure générale. Ces amendements visent à transformer le financement de la dialyse.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Cet amendement élaboré à plusieurs vise à ramener à un montant économiquement raisonnable le financement de la dialyse. La Cour des comptes l'a montré, elle compte parmi les actes en santé parmi les plus onéreux – on cite régulièrement le chiffre de 65 000 euros par an et par patient, indépendamment du coût du transport. Le prix d'une hémodialyse est même beaucoup plus élevé. Une personne greffée, outre qu'elle est en bien meilleure santé, coûte bien moins cher à la société. Le présent amendement vise à mieux encadrer le traitement de l'insuffisance rénale.

Mme Laurence Cristol (RE). Les séances de dialyse font l'objet d'un financement à l'activité qui peut s'avérer très rentable pour certaines structures. La Cour des comptes le rappelle dans son rapport public annuel 2020, malgré la diminution des tarifs de ces séances en centre ou en unité de dialyse médicalisée, « *les structures privées de dialyse à caractère lucratif conservent des marges bénéficiaires très élevées* ».

Des travaux ont été lancés il y a plusieurs années pour faire évoluer ces modalités de financement. Nous proposons ici d'inscrire dans la loi un financement forfaitaire des séances de dialyse. Ces forfaits seraient « déterminés au regard des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients ».

Compte tenu des travaux préparatoires nécessaires à cette réforme et à d'autres chantiers en cours, en particulier la réforme du financement des activités dans le champ du MCO, nous proposons une entrée en vigueur de ces forfaits au 1^{er} janvier 2026.

Mme Maud Petit (Dem). L'amendement AS2804 est défendu.

M. Jean-François Rousset (RE). Si les dialyses sont aussi fréquentes en France, c'est parce que les greffes sont rares. Il faudrait se demander pourquoi la France transplante peu de reins, de foies, et ainsi de suite, car ces actes permettent un gain financier important, tout comme la prévention.

Mme Joëlle Mélin (RN). Au dire de ceux qui travaillent dans les unités de dialyse, beaucoup de lits de ces structures sont occupés par des ressortissants étrangers, car ces soins complexes, lourds, ne peuvent pas forcément être dispensés dans leur pays d'origine. Cela peut s'entendre. Il faudrait toutefois s'assurer que ces soins donnent lieu à une action récursoire, soit au titre d'une entente particulière, soit au titre d'une convention internationale.

Mme la rapporteure générale. Ces amendements sont importants. Notre pays ne propose pas suffisamment de greffes. Nous pourrions mieux informer et mieux prendre en charge les patients, pour accompagner leur choix dans ce domaine.

Le privilège actuel accordé à la dialyse est probablement lié à son financement, nous proposons donc de le réformer. Votons tous pour ces amendements qui amélioreront la prise en charge des patients.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS453 de M. Yannick Neuder

Mme la rapporteure générale. Cet amendement est satisfait par ceux adoptés précédemment.

L'amendement est retiré.

Amendement AS334 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). C'est révélateur de votre philosophie du financement de l'assurance maladie : en l'état actuel de l'article, le montant de l'enveloppe dédiée à la T2A sera fixé sans prendre en compte les besoins de santé, en s'appuyant uniquement sur les prévisions d'activité des établissements, l'inflation, et l'importance des dotations relatives aux objectifs de santé publique et aux missions spécifiques.

Nous proposons donc d'intégrer les besoins de santé de la population parmi les éléments à prendre en compte pour ce calcul, afin de replacer la mairie, ou plutôt l'hôpital, au milieu du village.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Cet amendement pose une question centrale. Lors des rencontres du Ségur, le ministre du budget d'alors était parti de l'objectif de contenir les dépenses. Au contraire, il faudrait d'abord définir les besoins des hôpitaux – qui sont en grande difficulté –, ceux de la population, en matière de santé psychique par exemple, ceux des jeunes, afin de déterminer le budget. Vous faites tout l'inverse. Dès lors, les besoins ne sont pas satisfaits et les soignants, comme le système de soins, continuent de souffrir.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1448 de M. Paul-André Colombani

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cet amendement reprend une demande forte des territoires insulaires corses et ultramarins. Pour notre groupe, c'est un marqueur important de ce PLFSS.

Cet article relatif au financement des activités MCO prévoit que l'État fixera le coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux pour les établissements implantés dans certaines zones, notamment en Corse et dans les territoires d'outre-mer, pour que ces territoires rattrapent le retard historique de leurs infrastructures de santé, et tenir compte des surcoûts liés à l'insularité. Les hôpitaux insulaires doivent accumuler des stocks de médicaments plus importants que dans l'Hexagone, leur personnel doit être davantage rémunéré et certains de leurs équipements, indispensables aux soins, sont plus difficiles à rentabiliser.

Je vous alerte : les coefficients géographiques en vigueur n'ont pas été revalorisés depuis 2017 et demeurent largement insuffisants. Le Gouvernement se déclare prêt à envisager leur revalorisation et il apparaît indispensable de cesser de naviguer à vue. Nous demandons donc de préciser qu'ils seront désormais fixés de manière annuelle, pour tenir compte des évolutions des besoins des établissements de santé – ce qui ne veut pas dire que nous demandons leur augmentation annuelle.

Mme la rapporteure générale. Nous en débattons tous les ans, sans que la discussion aboutisse. En effet, toute modification des coefficients géographiques ferait nécessairement des gagnants et des perdants.

Avis défavorable.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Sous prétexte qu'une modification ferait des gagnants et des perdants, vous faites perdre tout le monde. Les coefficients visés n'ont pas été revalorisés depuis des années. Il est indispensable de les faire évoluer. Cet amendement permettrait simplement d'en débattre et d'avancer chaque année.

Nous ne pouvons pas rester ainsi. Alors que l'Île-de-France bénéficie déjà d'un coefficient géographique de 7 %, 400 lits supplémentaires y seront ouverts prochainement, selon la volonté, louable, du ministre de la santé. Si nous révisons les coefficients à son détriment, les autres îles resteraient toujours comparativement défavorisées.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1469 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Je regrette de ne pas avoir pu appuyer l'amendement AS331 de M. Guedj pour y ajouter l'aspect environnemental. Nous avons déposé un amendement en ce sens, mais qui n'a pas été jugé recevable. Dans une perspective d'amélioration et de protection de la santé de la population, l'amendement vise à intégrer la notion d'espérance de vie sans incapacité – autrement dit : en bonne santé. Cette perspective permet d'aborder la question de la prévention et de souligner la nécessité de changer complètement notre rapport aux soins.

Mme la rapporteure générale. L'amendement est satisfait, car cette disposition fait partie du compartiment de financement relatif aux dotations destinées à des objectifs de santé

publique visant la prévention et la promotion de la santé parmi les modalités de financement de ces établissements.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). La prévention doit être véritablement ambitieuse, comme on le voit dans le domaine de l'environnement. L'espérance de vie augmente peut-être, mais pas l'espérance de vie en bonne santé sans incapacité, et la comparaison avec d'autres pays en la matière n'est pas à notre avantage. Viser une progression de l'espérance de vie sans incapacité est la seule manière d'avoir aujourd'hui un projet de société ambitieux.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS333 et AS332 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Puisqu'un décret est nécessaire pour fixer les modalités de l'allocation des montants des deuxième et troisième compartiments, ces deux amendements visent respectivement à ce que soit sollicité, pour le premier, l'avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé et, pour le second, celui de la HAS.

Mme la rapporteure générale. L'amendement AS333, qui cite exactement l'alinéa 62, est donc pleinement satisfait. Avis défavorable sur l'amendement AS332.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS191 de Mme Émilie Bonnard et AS2810 de M. Freddy Sertin.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS191 est défendu.

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

Amendement AS193 de Mme Émilie Bonnard

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

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

Amendement AS335 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement tend à supprimer l'alinéa 106, lequel supprime la remise d'un rapport annuel au Parlement sur le financement des établissements de santé. En effet, s'il est un domaine dans lequel les parlementaires ont besoin d'être éclairés, c'est bien celui du financement des établissements de santé, car ni l'annexe du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, ni le rapport annuel de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, même si celui qui a été récemment rendu est intéressant, ne suffiront à les éclairer. Il convient donc de maintenir ce rapport annuel consacré à une question clé relative à l'hôpital public.

Madame la présidente, je saisis cette occasion, pour vous transmettre le courrier, jusqu'à présent sans réponse, que M. Cyrille Isaac Sibille et moi-même avons envoyé, en qualité de coprésidents de la Mecss, aux ministres de la santé et des comptes publics pour

demander communication d'éléments relatifs à l'échéancier détaillé donnant une vision pluriannuelle des crédits engagés et payés au titre des 19 milliards d'euros prévus par le Ségur de la santé. De fait, personne ne dispose de cette information, alors que les données existent. Il est étonnant que ne nous connaissions pas les modalités d'affectation ni les bénéficiaires des 13 milliards d'euros de reprise de la dette des établissements de santé, ni l'emploi des 6 milliards d'investissements du quotidien, à propos desquels nous ne disposons que d'un échéancier partiel des décaissements, qui ne porte que sur 2,5 milliards et ne court que jusqu'à 2025, ce qui nous laisse dans l'ignorance quant à l'échéancier des établissements qui ont bénéficié des 3,5 milliards restants à ce titre.

Si donc vous avez un pouvoir en la matière, je vous remercie de relayer nos interrogations auprès des cabinets des ministres pour que nous obtenions une réponse avant de débattre dans l'hémicycle, d'ici à quelques jours, des financements des hôpitaux.

Mme la rapporteure générale. Grâce à Thomas Mesnier et à sa proposition de loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale que nous avons portée, nous disposons dans l'annexe 6, des informations sur la situation financière des établissements.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS459 de M. Yannick Neuder

M. Yannick Neuder (LR). Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les erreurs médicamenteuses sont responsables de 50 % des effets indésirables graves et, surtout, de 10 000 à 30 000 décès évitables. Outre de lourds préjudices humains, ces erreurs se traduisent aussi par des préjudices pour le fonctionnement de l'hôpital, avec une augmentation moyenne de 2,9 jours des délais de séjour.

La HAS préconise de mettre en œuvre collectivement des actions afin de prévenir les erreurs médicamenteuses. L'amendement vise donc, à cette fin, à intégrer des indicateurs relatifs aux dispositifs mis en place pour lutter contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de la dotation complémentaire accordée aux établissements de santé relative à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS166 de M. Thibault Bazin

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

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

Puis elle adopte l'article 23 modifié.

Après l'article 23

Amendements identiques AS39 de M. Yannick Neuder, AS798 de M. Sébastien Peytavie, AS887 de M. Laurent Panifous, AS931 de M. Yannick Monnet, AS1632 de Mme Katiana Levavasseur, AS2321 de Mme Annie Vidal et AS2783 de M. Olivier Falorni

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement AS887 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Mon amendement, issu de propositions formulées notamment par la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires, vise à ce que soient définis sur cinq ans au lieu de trois les objectifs, les activités et les ressources du système de santé. Il vise également à rendre impérative, alors qu'elle n'est aujourd'hui qu'une possibilité, la signature du protocole entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1632 est défendu.

Mme Annie Vidal (RE). Mon amendement fait suite à une recommandation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui propose que les textes relatifs à la santé puissent faire l'objet d'une pluriannualité de cinq ans, en cohérence avec la loi de programmation des finances publiques. De fait, ces textes, qui ont une portée de trois ans, sont les seuls qui n'ont pas cette prévisibilité à cinq ans. L'amendement tend aussi à rendre obligatoire la signature entre l'État et les principales organisations nationales des établissements de santé publics et privés des protocoles consacrés au suivi des activités de soin et des dépenses.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). L'amendement AS2783 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Nous avons chaque année ce débat sur la pluriannualité. Je comprends que les fédérations, qu'elles soient publiques ou privées, à but lucratif ou non, souhaitent une plus grande prévisibilité – que nous avons déjà, du reste, avec la loi de programmation des finances publiques ainsi que dans l'annexe A, qui indique la trajectoire de l'Ondam pour les prochaines années. Tous les ans aussi, l'Ondam est rectifié. La pluriannualité a certes du sens, mais, pour ce qui concerne la santé, une épidémie peut tout remettre en cause, comme on l'a vu récemment.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). La dimension de la temporalité est essentielle et, pour ce qui concerne le soin, le fait de décider annuellement comme nous le faisons ne permet pas d'avoir une perspective. Nous ne savons certes pas ce qui peut nous arriver, mais il est indispensable d'avoir une perspective, par exemple pour amorcer un mouvement dans le sens d'une transition écologique pour certains établissements ou pour définir de grands projets.

M. Frédéric Valletoux (HOR). Ce débat très important mériterait presque que nous nous saisissions de cette question et construisions, au sein de notre commission, une modernisation du pilotage la politique de santé, politique publique importante par son objet comme par les volumes financiers importants qui s'y sont progressivement agrégés. Introduire

dans le domaine de la santé une pluriannualité qui s'applique déjà dans tant d'autres est une amélioration que nous devons porter collectivement. Peut-être le bon véhicule n'est-il pas un amendement au PLFSS, mais du moins faut-il porter une volonté collective de modernisation réfléchie et posée du cadre de financement des politiques de santé, qui permettrait, trente ou quarante ans après les lois de financement de la sécurité sociale, une nouvelle avancée en la matière.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Je souscris aux propos de M. Valletoux. La stratégie nationale de santé, en cours d'élaboration et qui doit être validée, est envisagée sur cinq, voire dix ans. Dans le cadre des questions au Gouvernement, j'ai interrogé le ministre pour lui permettre de présenter cette stratégie nationale de santé avant que nous n'abordions le PLFSS, car il est un peu bizarre de parler d'un texte budgétaire sans connaître la vision globale du ministre, ses objectifs et ses priorités. En effet, tous les acteurs sont inquiets, qu'ils soient hospitaliers, professionnels de santé ou financeurs.

Je plaide donc pour que la stratégie nationale de santé puisse être présentée par le ministre dans l'hémicycle et que nous puissions en débattre. Il serait bon que l'ensemble de la commission puisse soutenir cette initiative et qu'elle se concrétise dans les semaines qui viennent.

M. Yannick Neuder (LR). Je plaiderai moi aussi pour cette pluriannualité des financements. Comment expliquer, en effet, que la santé soit le seul secteur où l'on n'aurait pas de vision de la trajectoire du financement des activités ? En outre, compte tenu des modifications de tarification et de la T2A, que nous avons évoquées, l'ensemble des acteurs de la santé, qu'il s'agisse des soignants ou des directeurs d'établissement, auront besoin de stabilité financière.

Qui plus est, 50 % de nos établissements publics sont déficitaires et, chaque fois qu'ils veulent faire un investissement pour améliorer l'offre de soins et leurs équipements, on leur demande un taux de marge, qu'il est difficile de prévoir si l'on n'a aucune visibilité sur les recettes potentielles avec une évolution de la T2A sans pluriannualité des financements. J'ai donc du mal à comprendre pourquoi on ne le fait pas.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS441 de M. Thibault Bazin

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

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

Amendement AS136 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement vise à garantir que les projets d'investissement financés dans le cadre du Ségur ne conduisent pas à une diminution du nombre de lits ou à une réduction de la couverture territoriale et à un plus grand éloignement des citoyens de leurs établissements publics de santé. Il est inutile de rappeler que nous avons perdu, depuis plus de vingt ans, environ 79 000 lits d'hospitalisation. La durée moyenne de séjour s'est certes réduite, mais une réduction d'un quart de la capacité d'accueil, alors que la population s'accroît et que les maladies chroniques s'installent, est très problématique. Nous voulons donc introduire une condition à ces investissements.

Mme la rapporteure générale. Défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Depuis le virage ambulatoire pris voilà dix ans, l'Allemagne a pratiquement divisé par deux le nombre de lits. La majorité des actes chirurgicaux étant pratiqués en ambulatoire et la durée du séjour moyen ayant diminué, la notion de « lits » n'a plus grand sens. Mieux vaudrait compter les personnels soignants.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS137 de M. Jérôme Guedj et AS1247 de M. Hadrien Clouet

M. Jérôme Guedj (SOC). Mon amendement vise à supprimer les approches économicistes en retranchant les ratios d'analyse financière et de marges financières des critères d'attribution des crédits d'investissement du Ségur et à tenir compte précisément de l'offre de soins, notamment de sa couverture territoriale.

Je saisis cette occasion de dire que je suis d'accord avec M. Isaac-Sibille. Si vous voulez, avec nous, introduire des ratios de personnels soignants dans les établissements – et le problème se poserait dans les mêmes termes dans les Ehpad –, c'est la bonne manière de le faire. Du reste, une proposition de loi de notre collègue sénateur Bernard Jomier va exactement dans ce sens et nous pourrions donc peut-être la reprendre ici, dans une démarche transpartisane, à la faveur d'une niche. Nous ferions ainsi œuvre utile.

De la même manière, à la suite du rapport de Caroline Fiat sur les ratios dans les établissements, nous pouvons travailler ensemble pour définir des ratios de personnel dans les Ehpad, ce qui permettrait d'indiquer combien de temps de psychologue, de diététicien ou d'aide-soignant il faut compter. Partant des besoins, nous pourrions définir les financements correspondants.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Avec l'amendement AS1247, il s'agit de faire passer les besoins, les projets des établissements et les nécessités des populations avant les ratios d'analyse financière. Aujourd'hui, en effet, les crédits sont attribués si l'établissement se porte bien, et non pas s'il porte un projet. La dette des établissements hospitaliers est considérable – elle est en effet passée de 500 millions à 1 milliard d'euros avec la crise de la covid-19 – et les frais d'énergie de la dernière année n'ont rien arrangé. Il s'agit donc de faire passer les besoins avant les chiffres, les gens avant l'argent.

Monsieur Isaac-Sibille, vous proposez de ne plus parler de lits mais, concrètement, dans de très nombreux hôpitaux, trouver des lits devient un casse-tête si l'on veut éviter que des gens soient hébergés dans les couloirs. On ne peut pas ne pas compter les lits !

Mme la rapporteure générale. Bien sûr, monsieur Ruffin, que les lits comptent encore, mais c'est par manque de soignants et non pas de financement que ces lits n'existent pas. Avis défavorable.

Monsieur Guedj, les investissements du Ségur sont à l'échelon régional, adaptés aux besoins de chacun des établissements. Avis défavorable.

M. Jean-François Rousset (RE). Les ratios de soignants nécessaires pour un lit sont importants, mais la vraie question est de savoir combien de personnes – chirurgiens, anesthésistes et infirmières de bloc – sont nécessaires pour effectuer un acte. Nous sommes

obligés de tenir compte des actes, et donc du paiement à l'acte, même si cela n'épuise pas la question. Si donc nous voulons vraiment savoir combien coûte un acte, il faut savoir quels sont le personnel et le matériel nécessaires pour le réaliser.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1552 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement vise à demander une expérimentation en matière de gel du numerus apertus dans certaines régions, permettant ainsi d'analyser les effets de ce gel sur l'offre de soins au niveau du territoire national.

Mme la rapporteure générale. Monsieur Frappé, si vous voulez plus de médecins, il faut écrire l'inverse. En revanche, si vous voulez moins de médecins, votre amendement fait l'affaire.

Avis défavorable.

Mme Laure Lavalette (RN). Vous avez tous bien compris que mon collègue voulait plus de médecins pour lutter contre la désertification médicale. Lorsque nous évoquions le numerus apertus, mon collègue Juvin citait en exemple d'efficacité la politique du Royaume-Uni, où l'on a carrément doublé le nombre de médecins dès la première année.

Selon le groupe Rassemblement National, la procédure de recrutement devrait même prendre la forme d'un examen plutôt que d'un concours, de telle sorte que tous ceux qui veulent être médecin puissent le devenir. En effet, le passage du numerus apertus au numerus clausus n'a rien changé au nombre d'étudiants admis et il s'est essentiellement agi d'un effet de communication qui voulait faire oublier le dépit suscité par la réforme Vidal. Il est temps d'adopter une politique de recrutement de grande ampleur, car nous recrutons encore des médecins en Roumanie et nos enfants vont en Roumanie faire leurs études de médecine. J'espère que vous êtes conscients qu'il est temps de faire tout à fait différemment et de former nos propres médecins.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS134 de M. Jérôme Guedj est retiré.

Amendement AS409 de M. Thibault Bazin

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

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

Amendements identiques AS382 de M. Thibault Bazin, AS1838 de Mme Angélique Ranc et AS2588 de Mme Sabrina Sebaihi

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS382 est défendu.

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1838 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'amendement AS2588 est un amendement de repli tendant à demander au Gouvernement un rapport sur les iniquités de traitement entre les établissements de santé privés solidaires et les établissements publics de santé, qui ont les uns et les autres des missions de service public hospitalier et participent, à ce titre, à l'offre de soins et à la politique nationale de santé publique. Cette demande de rapport insiste donc sur les financements alloués à ces deux secteurs, ainsi que sur les revalorisations salariales y afférentes.

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

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

Article 24 : *Régulation de la permanence des soins dentaires et modalités de fixation des rémunérations de la permanence des soins effectuée par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux*

Amendement AS1867 de Mme Caroline Colombier

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement AS1867 est défendu.

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

Amendement AS340 de M. Guillaume Garot

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à la remise d'un rapport sur l'impact du conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes sur l'accès aux soins. Les chirurgiens-dentistes ont en effet conclu une convention avec l'assurance maladie et, pour la première fois, on voit s'amorcer une forme de régulation de l'installation. Il serait donc intéressant que nous puissions avoir quelques éléments sur cette nouvelle mesure.

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

*Puis elle **adopte** l'article 24 **non modifié**.*

Article 25 : *Élargir les compétences des pharmaciens en matière de délivrance d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique*

Amendements identiques AS826 de Mme Christine Loir et AS1578 de M. Thierry Frappé

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). L'amendement AS826 est défendu.

M. Thierry Frappé (RN). Travaillé en collaboration avec la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), mon amendement intervient dans un contexte de pénurie médicale. L'évolution des compétences des pharmaciens vise à pallier les difficultés

d'accès aux soins de la population. Si cette démarche ne peut remplacer entièrement l'expertise médicale, elle doit pouvoir bénéficier à la population dans des conditions garantissant la sécurité et la qualité des soins. Au même titre que pour l'activité de vaccination, cette nouvelle activité, exercée hors protocole, doit donc être encadrée à la fois par une condition de formation, justifiant l'acquisition de certaines compétences cliniques pour pouvoir poser un diagnostic et reconnaître les signes d'alerte, et par une garantie de transmission d'informations au médecin traitant, encore trop rare aujourd'hui, par exemple après une vaccination. L'amendement vise donc à préciser que le décret prévu en Conseil d'État précise les modalités de formation des pharmaciens et de retour d'information au médecin traitant.

Mme la rapporteure générale. Nous abordons un article très important pour les citoyens, car il améliorera leur accès aux soins en permettant aux pharmaciens de délivrer des antibiotiques pour une angine ou une infection urinaire. Quand on est une femme et qu'on a eu souvent l'expérience de se retrouver le dimanche en difficulté pour cause d'infection urinaire, on pourra dorénavant aller voir le pharmacien qui procédera à un test et, si celui-ci est positif et correspond aux recommandations qui lui sont faites, pourra délivrer un antibiotique.

Votre amendement évoque une formation, mais aucun professionnel de santé n'effectue d'actes auxquels il n'est pas formé ou qu'il ne se sent pas capable de faire, car ce que veut un professionnel de santé, c'est que les gens soient en bonne santé.

Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS1919 de Mme Joëlle Mélin.

Amendement AS1880 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Pour faciliter l'accès aux soins des patients souffrant d'une angine ou d'une cystite aiguë, il est important de simplifier le parcours de soins. L'article 25 offre aux pharmaciens d'officine la possibilité de mener des entretiens d'orientation et de délivrer des traitements, y compris antibiotiques, en se fondant sur les résultats de tests. Il convient toutefois de noter que cette mesure de simplification ne devrait être mise en œuvre que lorsque le patient ne peut accéder ni à un médecin ni à un régulateur de santé, que ce soit en service d'accès aux soins ou en permanence de soins.

Mme la rapporteure générale. Cet article permet de libérer du temps aux médecins et d'améliorer l'accès aux soins, ce dont nous avons besoin dans l'ensemble de nos territoires.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Si la fiabilité des bandelettes est à peu près reconnue désormais pour la détection des infections urinaires, elle est en revanche très relative s'agissant de la détection des angines. Pour une fois, c'est sur mon expérience personnelle que je fonde mon propos : j'ai failli perdre ma nièce au début du mois de septembre. La personne qui a réalisé le prélèvement n'a sans doute pas été suffisamment attentive et le résultat du test s'est révélé faussement négatif. Il me semble donc urgent de vérifier que le matériel a bien été homologué et soumis aux organismes notificateurs européens, ce dont je ne suis pas certaine, et de s'assurer de sa traçabilité.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit de généraliser des expérimentations. Les tests ont bien été validés et autorisés. Certains ont même été utilisés pendant la crise du covid, notamment celui qui permet de détecter les angines, Je regrette ce qui est arrivé à votre nièce, mais peut-être la bandelette aurait-elle également donné un résultat négatif si le test avait été réalisé par des médecins dans un service d'urgences. Un dysfonctionnement est toujours malheureux, mais je ne suis pas certaine, en l'occurrence, qu'il puisse constituer un argument.

Mme Joëlle Mélin (RN). Il suffit d'un seul !

La commission rejette l'amendement.

À la demande de la rapporteure générale, l'amendement AS1857 de M. Paul-André Colombani est retiré.

La commission adopte l'article 25 non modifié.

Après l'article 25

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement AS1579 de M. Thierry Frappé.

Amendements identiques AS2849 de Mme Stéphanie Rist et AS2747 de M. Jean-François Rousset

Mme la rapporteure générale. L'amendement fait suite aux auditions de nombreux médecins qui nous ont fait part des difficultés liées au grand nombre de certificats d'aptitude sportive qu'ils doivent délivrer. À certaines périodes de l'année, leur activité s'en trouve embolisée. Nous proposons, pour libérer du temps médical, que d'autres professionnels puissent délivrer ces certificats.

M. Jean-François Rousset (RE). Mon amendement vise effectivement à expérimenter la possibilité, pour d'autres professionnels de santé que les médecins, de délivrer des certificats d'aptitude sportive. Il me semble de bon augure compte tenu de la pénurie de médecins. Je pense que les infirmiers en pratique avancée et les kinésithérapeutes, en particulier, pourraient délivrer ces certificats.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Je comprends l'objectif recherché, mais cet amendement m'inquiète. La médecine sportive est en effet une vraie discipline. Trop souvent, d'ailleurs, les médecins généralistes qui établissent ces certificats ne sont pas eux-mêmes formés. Souhaitez-vous autoriser cette expérimentation pour tous types de sports, y compris de haut niveau ? Tout comme la médecine du travail, celle du sport n'est pas une activité que l'on exerce en plus de la médecine de ville. Elle requiert des aptitudes particulières. Je ne suis pas médecin mais je sais, pour en avoir discuté avec plusieurs d'entre eux, que de nombreux médecins du sport ont suivi des formations spécifiques. Quel est le périmètre de votre amendement ?

M. Yannick Neuder (LR). Je me pose les mêmes questions. Ainsi, pour participer par exemple à un triathlon, il faut présenter un certificat d'aptitude sportive aux organisateurs. Que se passe-t-il si, pendant l'épreuve, la personne est victime d'un arrêt cardiaque ? Je me mets à la place de l'infirmière ou du kinésithérapeute qui aura rédigé le certificat ! Sans doute n'ai-je pas compris les modalités de l'expérimentation ; des précisions me semblent nécessaires sur ce sujet important.

Mme la rapporteure générale. C'est la raison pour laquelle nous proposons de passer par la voie d'une expérimentation, dont les conditions de mise en place seront définies avec les professionnels. Il ne serait pas choquant, par exemple, que dans une maison de santé menant des projets autour du sport et de la santé, la délivrance des certificats soit confiée aux professionnels compétents pour cela plutôt qu'au seul médecin généraliste. Nous souhaitons apporter une réponse aux médecins qui consacrent beaucoup de temps au renouvellement de certificats – et dont la plupart, monsieur Monnet, ne sont pas des médecins du sport.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). C'est bien ça le problème, et c'est dangereux.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS557 de M. Philippe Juvin

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

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

Amendement AS1302 de Mme Mélanie Thomin

M. Joël Aviragnet (SOC). Nous demandons, au travers de cet amendement, la remise d'un rapport sur la reconnaissance de la spécialité de dosimétrie au sein de la profession médico-technique de manipulateur en électroradiologie médicale, qui est préconisée par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de février 2021.

Mme la rapporteure générale. Merci d'évoquer cette profession, très peu présente dans nos débats alors qu'elle est indispensable au soin des patients et à la réalisation d'exams. Je ne suis pas certaine, cependant, qu'un rapport puisse faire avancer sa cause.

Demande de retrait, ou avis défavorable.

M. Joël Aviragnet (SOC). Je suis ouvert à toutes les mesures qui permettront de faire avancer les choses.

L'amendement est retiré.

Article 26 : *Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé*

Amendement AS1467 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nul ne peut nier les situations de souffrance et d'épuisement professionnel des agriculteurs et des agricultrices. Pour lutter contre ce phénomène, une aide au répit a été mise en place. Elle est ouverte aux demandeurs qui justifient d'un certificat médical faisant état d'un mal-être au travail, ou ayant obtenu l'aval d'un travailleur social. Ils sont alors éligibles à un dispositif de soutien pouvant inclure un remplacement pendant une période de sept à dix jours. Le présent amendement propose d'aller plus loin que le dispositif proposé, en prévoyant une orientation automatique vers le médecin en cas de détresse.

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

Amendement AS1468 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Le présent amendement propose de systématiser l'information des travailleurs agricoles quant à l'existence de l'aide au répit proposée par la Mutualité sociale agricole (MSA), afin d'en généraliser le recours.

Mme la rapporteure générale. Votre amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS341 de M. Jérôme Guedj

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement vise à prévoir un avis de la HAS sur la liste des actes pouvant faire l'objet d'une délégation à un infirmier en santé au travail, dans le cadre du renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles. Il s'agit de remédier à un oubli.

Mme la rapporteure générale. L'article 26 propose d'étendre aux salariés agricoles la délégation de tâches entre médecin et infirmier. Cette mesure figure dans la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, dont la présidente de notre commission a été la rapporteure.

Les infirmières du travail peuvent déjà réaliser des tâches habituellement dévolues au médecin du travail, sans que la HAS n'ait émis un avis. Nous n'avons été informés d'aucun problème particulier à ce sujet : au contraire, cela se passe plutôt bien. Il s'agit simplement d'offrir à la médecine du travail de la MSA cette possibilité de délégation que, jusqu'alors, elle n'avait pas.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 26 non modifié.

Après l'article 26

Amendement AS2624 de M. Benoît Mournet

Mme Monique Iborra (RE). Les centres experts en santé mentale sont des plateformes de soins de recours et de recherche, destinées à améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des maladies psychiatriques les plus sévères que sont les troubles bipolaires, les dépressions, les schizophrénies et les troubles du spectre de l'autisme. Il existe aujourd'hui cinquante-trois centres calqués sur le modèle des centres maladies rares ou des centres mémoire. Déployés depuis 2010, ils ont permis d'obtenir de nombreux succès dans le domaine de l'amélioration du pronostic ainsi que de l'organisation des soins et de la recherche. Cet amendement vise à inscrire officiellement dans le code de la santé publique le rôle des centres experts en santé mentale existants sur le territoire national, qui ne sont reconnus aujourd'hui qu'à titre expérimental.

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

Amendements AS805 de M. Jérôme Guedj et AS2498 de M. Guillaume Garot (discussion commune)

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement AS805 vise à flécher l'installation des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que des chirurgiens-dentistes – pour lesquels c'est déjà le cas, me semble-t-il – vers les zones dans lesquelles l'offre de soins est insuffisante. Il s'agit de faire un premier pas vers la régulation de l'installation de ces professionnels, qui permettra à tout le moins d'enrayer la progression des inégalités entre territoires. Cet amendement poursuit le même objectif que celui déposé par le groupe de travail transpartisan piloté par notre collègue Guillaume Garot.

Mme la rapporteure générale. Je vous rappelle que la convention nationale signée par les chirurgiens-dentistes ouvre la voie à la régulation de leur installation. L'amendement est donc à moitié satisfait, s'agissant des chirurgiens-dentistes. Le sujet n'est pas le même, selon moi, pour les médecins, dans la mesure où les effectifs ne sont pas les mêmes : il est plus facile de réguler lorsqu'il n'y a pas de pénurie que lorsqu'il y en a une. C'est tout l'enjeu de nos débats depuis six ans au sein de cette assemblée !

Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet (SOC). J'attendais impatiemment le motif que vous alliez invoquer. Vous savez aussi bien que moi que, dans les zones sous-dotées, il manque tout autant de chirurgiens-dentistes que de médecins généralistes. Je vous invite à consulter la carte réalisée par le ministère : ce que vous dites n'est pas vrai. Dès lors que la régulation est possible pour les chirurgiens-dentistes, vous ne pouvez plus dire qu'elle ne l'est pas pour les médecins généralistes.

Mme la rapporteure générale. Non, monsieur Aviragnet : compte tenu du nombre de chirurgiens-dentistes par rapport au nombre d'habitants en France, cette profession ne se trouve pas dans la même situation de pénurie que celle des médecins. Il est donc plus facile de la réguler. S'il n'y a plus de gâteau, vous ne pourrez pas le partager, même en rendant le partage obligatoire ! On ne peut pas réguler la pénurie, c'est mathématique.

M. Sébastien Peytavie (Écolo - NUPES). Nous avons eu il y a quelques mois en commission et en séance publique ce débat essentiel dont l'issue s'est jouée à peu de chose près. Le territoire de notre pays est, à 80 %, un désert médical. Il existe de nombreuses aides à l'installation, dont le montant est élevé mais qui ne fonctionnent pas. Se pose également, au moins pour les dix prochaines années, un problème de démographie médicale. Partant de ce constat, notre groupe de travail transpartisan propose, au travers de l'amendement AS2498, de flécher l'installation. On parle de régulation, mais les mesures que nous proposons ne sont tout de même pas si terribles ! Il s'agit simplement d'empêcher l'installation dans les zones suffisamment dotées, sachant que nous allons vivre une situation très difficile pendant dix ans.

Je suis d'accord avec vous, madame la rapporteure générale : il n'est pas facile de partager un tout petit gâteau. Mais dans certaines zones, l'installation d'un médecin vingt ou trente kilomètres plus loin permettrait d'améliorer la couverture médicale et favoriserait la permanence des soins. Seul le fléchage que nous proposons permettra d'avoir une meilleure répartition des médecins sur le territoire, durant les dix prochaines années.

Mme la rapporteure générale. D'un point de vue théorique ou idéologique, je partage votre avis. Vos propos rejoignent d'ailleurs ceux de Mme Lavalette : nous devons former plus de médecins. Ce n'est qu'ensuite que nous pourrons discuter de régulation. En situation de pénurie, celle-ci risque en effet d'aggraver la situation. Formons davantage de médecins.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'un n'empêche pas l'autre !

Mme la rapporteure générale. Grâce à l'arrêt du numerus clausus, nous avons réussi à accroître de 20 % le nombre de médecins formés en France. Je suis néanmoins persuadée que nous n'en formons toujours pas assez. Travaillons donc à former davantage de médecins avant de parler de régulation.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Je suis d'accord avec vous sur un point, madame la rapporteure générale : nous manquons de médecins. Nous voulons donc organiser la pénurie afin qu'elle soit douloureuse de la même façon à peu près partout. Tel n'est pas le cas aujourd'hui. On y viendra forcément à la régulation, d'autant que la profession est financée par la solidarité nationale. À titre personnel, je suis favorable à des mesures plus offensives et à une médecine plus administrée.

S'agissant de la formation des dentistes, sur les 3 000 dentistes formés chaque année, la moitié le sont à l'étranger – essentiellement en Espagne. Or au lieu d'affronter le problème, on prend des mesures inquiétantes, similaires à celle que l'on a prise au sujet des certificats d'aptitude sportive : on comble la pénurie non pas en réformant le système, mais en cachant la misère.

Mme Caroline Janvier (RE). Je suis cosignataire de l'amendement AS2498 et d'un certain nombre d'autres. Même si la démographie médicale est insuffisante, personne ne peut nier qu'il est plus facile de trouver un médecin à Nice qu'à Vierzon. Je connais des personnes qui vont jusqu'à faire des déplacements de plusieurs centaines de kilomètres – coûteux, donc réservés à une certaine catégorie de population – pour pouvoir consulter un médecin. Nous sommes dans une situation de crise. Toutes les semaines, des habitants de mon département m'alertent sur l'impasse sanitaire dans laquelle ils se trouvent en l'absence de médecin. À situation de crise, il faut des remèdes de crise : il convient donc, à tout le moins, de limiter l'installation des médecins dans les zones où les problèmes sont moins importants, voire peu importants, comme c'est le cas en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) par exemple.

M. Jean-François Rousset (RE). Nous avons déjà eu ce débat sur la coercition et l'obligation d'installation. Je ne vois pas comment on pourrait, en situation de pénurie, contraindre un médecin qui n'existe pas à s'installer ailleurs ! Les mesures que nous avons prises visent à gagner du temps médical. Nous souffrons en effet de pénurie de temps médical. Nous proposons aux médecins de partager les compétences et de se regrouper au sein de structures leur permettant de mieux travailler ; c'est exactement ce que demandent les jeunes étudiants. Il est vrai que nous ne formons pas assez de médecins, mais la coercition ne fonctionnera pas. Je vous rappelle qu'outre l'installation en médecine générale, les jeunes médecins ont chacun sept possibilités d'installation – notamment celle de quitter la France. La régulation peut sembler séduisante, mais sa mise en œuvre n'est pas possible.

M. Yannick Neuder (LR). De telles mesures de coercition sont effectivement difficiles à mettre en œuvre alors que 87 % du territoire sont concernés par la pénurie de médecins. Il faut d'ailleurs être prudent avant de considérer que certains territoires seraient

plus dotés que d'autres : de nombreux médecins retraités s'inscrivent dans des ordres, si bien que les effectifs de ceux-ci sont faussés, notamment dans des départements comme celui des Alpes-Maritimes.

Il faut certes former davantage de médecins mais il faut aussi imaginer des solutions pour rapatrier les étudiants, parfois broyés par le système, que nous n'avons pas su garder et qui partent faire leurs études à l'étranger ; leur formation serait en effet plus rapide. Enfin, il faut maintenir la liberté d'installation des médecins : cette semaine encore, dans mon département, deux jeunes médecins ont cessé leur activité parce qu'elles estimaient ne pas exercer dans de bonnes conditions.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Depuis un certain temps, nous défendons la mise en place de leviers de régulation pour garantir l'accès aux soins de toutes et tous, dans tous les territoires. Voilà l'état d'esprit dans lequel ont travaillé un certain nombre de parlementaires aux sensibilités variées. Le sujet est en train de mûrir, certes trop lentement à notre goût, et il faut continuer d'avancer.

Je voudrais ajouter, à l'intention de Caroline Janvier, qu'il existe des disparités entre territoires au sein de la région Paca : en dehors de la Côte d'Azur, on y trouve aussi des déserts médicaux – j'en sais quelque chose... Quoi qu'il en soit, il me semble possible de mettre en œuvre une forme de régulation.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Dès que l'on évoque cette question, on sort les grands mots et on entend parler de coercition. Détendons-nous ! Nous ne proposons pas de déplacer de force un médecin déjà installé : il s'agit d'empêcher de nouvelles installations dans les zones aujourd'hui dotées de davantage de médecins que d'autres – ce qui ne signifie pas qu'il y en a trop. Un tel mécanisme existe pour d'autres professions, et ce n'est pas un drame. Dans les endroits où il n'y a aucun médecin, en revanche, c'est la catastrophe !

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Nous partageons le même constat : la situation est grave. Mais la mesure que vous proposez ne risque-t-elle pas d'aggraver le problème ? Il existe en France deux systèmes : l'un est dit « de ville » et l'autre, qui est administré, celui de l'hôpital. Vous dites qu'il y a plus de médecins à Nice qu'à Vierzon, mais n'y a-t-il pas également davantage de médecins à l'hôpital de Nice qu'à l'hôpital de Vierzon ? Le problème est donc le même au sein de la médecine administrée. Administrer donc totalement le système ne changera en rien la situation, voire l'aggravera.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Dans certains territoires, on ne trouve plus du tout certains spécialistes. Je vous mets au défi, par exemple, de trouver un gynécologue dans la Creuse : il n'y en a plus un seul, nulle part !

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Et à l'hôpital ?

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Les femmes sont contraintes d'aller à Limoges ou à Poitiers pour consulter. Puisque nous sommes en octobre, parlons d'Octobre rose : lorsque j'ai voulu prendre un rendez-vous pour une mammographie dans mon département, autour de Nantes, on m'a proposé une date dans six à huit mois ! Ayant la chance de venir à Paris chaque semaine, je me suis renseignée ici aussi et j'ai réussi à obtenir un rendez-vous en deux jours – en passant par Doctolib. Il existe donc bien des disparités entre territoires et, lorsqu'il n'y a aucun médecin, on ne peut pas l'inventer !

Mme la rapporteure générale. Vous avez raison : il est plus facile de trouver certains spécialistes à Paris, même par rapport à mon département du Loiret, mais les tarifs y sont parfois plus élevés que ceux que l'on pourrait trouver ailleurs en acceptant d'attendre plus longtemps.

En tout cas, M. Dharréville, qui habite à côté de Marseille, nous a alertés : n'allons pas chercher les médecins dans le Sud au motif qu'ils seraient trop nombreux, car il n'y en a plus assez !

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Je n'ai pas dit cela.

Mme la rapporteure générale. À Aix-en-Provence, par exemple, il n'est plus possible de trouver un médecin traitant. Il faut sortir des préjugés : nous n'avons pas assez de médecins globalement. Je ne dis pas, néanmoins, que l'on ne peut rien faire d'autre que de réguler la pénurie. Il faut par exemple déterminer l'orientation des internes. Faut-il en former autant dans certaines spécialités qu'en médecine générale, par exemple ? Ce ne sont pas des sujets faciles, car ils relèvent de l'autonomie des universités et sont à la main des doyens, mais nous devons y travailler : c'est ainsi que nous pourrions accroître assez rapidement le nombre de professionnels dans les territoires.

Il ne faut pas croire, en tout cas, qu'il y aurait assez de médecins quelque part. Quel député, d'ailleurs, accepterait que les médecins sortant de l'université ne s'installent plus dans son territoire, au motif qu'il y en aurait trop ? Y a-t-il un seul député pour considérer qu'il y a assez de médecins généralistes dans son territoire ? L'un des députés du quinzième arrondissement de Paris m'expliquait récemment qu'il était devenu impossible de prendre un rendez-vous avec un médecin traitant dans sa circonscription ! Regardez les chiffres : nous sommes dans le creux de la courbe démographique. Nous devons former davantage et orienter – mais c'est au niveau de l'université que cela se fait – les futurs médecins vers les spécialités nécessaires dans les territoires.

Mme Laurence Cristol (RE). Les expérimentations qui ont été faites au Canada et en Irlande n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Même si le numerus apertus a permis d'augmenter le nombre de professionnels de santé formés, nous sommes dans le creux de la démographie médicale pour une dizaine d'années encore. Dans l'Hérault, département prétendument sur-doté, nous sommes confrontés aux mêmes problèmes. Obliger un médecin à s'installer dans un territoire n'est donc pas la solution, même si nous sommes d'accord pour dire qu'il existe une vraie difficulté d'accès aux soins dans notre pays.

M. Christophe Bentz (RN). Nous nous opposons avec vigueur à ces amendements. Le groupe de travail évoqué à propos de l'amendement de M. Guillaume Garot n'a rien de transpartisan puisque le RN n'y participe pas. Par ailleurs, vous voulez créer une autorisation d'installation délivrée par l'ARS, ce qui est pire que tout. Nous souhaitons réformer et départementaliser les ARS.

M. Arthur Delaporte (SOC). Il s'agit de faire œuvre de justice afin que chacun puisse consulter un médecin. Notre proposition est très populaire, non seulement chez les patients mais aussi chez les médecins, qui n'en peuvent plus. Ils veulent de la régulation.

M. Frédéric Valletoux (HOR). L'Assemblée a tranché ce débat en juin dernier en rejetant de façon nette ce type de mesure. Cela étant, puisque le constat est partagé, nous devons réfléchir à une répartition des futurs effectifs de médecins afin de ne pas reproduire les erreurs du passé.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS2524 de Mme Caroline Fiat

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il vise à supprimer la possibilité d'augmenter les franchises médicales par décret. En effet, de nombreux Français ont déjà renoncé à des soins ou à des équipements médicaux, dentaires ou optiques en raison du reste à charge. Par ailleurs, le rétablissement du principe de compensation systématique et intégrale des exonérations de cotisations sociales permettrait de récupérer 2,7 milliards d'euros, soit presque quatre fois plus que les économies attendues d'un doublement de la franchise.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). On m'a indiqué que certaines caisses cumulaient le montant annuel de la franchise, à savoir 50 euros par an, sur plusieurs années lorsqu'il n'était pas consommé – elle s'élèverait ainsi à 200 euros au bout de quatre années. Pouvez-vous nous confirmer que le plafond est bien annuel et n'est pas cumulatif ? Il serait bon de le rappeler aux différentes caisses.

Mme la rapporteure générale. Nous sommes en train de nous renseigner sur ce sujet. Ma mère a justement reçu la semaine dernière un courrier lui notifiant que sa franchise cumulait trois années à 50 euros.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS155 de Mme Justine Gruet

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

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

Amendement AS2673 de M. Frédéric Valletoux

M. Frédéric Valletoux (HOR). La dépression post-partum, qui concerne 10 % à 20 % des femmes ayant donné naissance, est mal suivie et présente des risques d'installation d'un état dépressif au-delà des premiers mois de l'enfant. Il est donc proposé de créer, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, un parcours de soins dédiés, mis en place par l'ARS et associant tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, afin de mieux accompagner les femmes concernées.

Mme la rapporteure générale. Je trouve cette expérimentation intéressante. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS135 de M. Joël Aviragnet

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement a pour objet la remise d'un rapport au Parlement sur l'effort à réaliser pour financer correctement les soins de psychiatrie. Depuis 2017, le budget de la psychiatrie augmente deux fois moins vite que l'Ondam. Ce sous-financement chronique a des conséquences dramatiques, avec l'utilisation de méthodes inacceptables, comme la contention et l'isolement, en raison d'un manque de personnel et de moyens.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable car même si je suis consciente de l'urgence de la situation, je ne pense pas qu'un rapport permettra d'apporter des améliorations. Le secteur des soins sous contrainte nécessite des mesures spécifiques telles que permettre aux psychologues experts judiciaires de renouveler les certificats de soins sous contrainte à la place du médecin, puisqu'on en arrive à ne plus pouvoir soigner les patients par manque de psychiatres.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Plutôt que de demander un nouveau rapport, il conviendrait de commencer par appliquer les très bonnes préconisations du rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale que j'ai corédigé en 2019.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS22 de M. Philippe Juvin

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement a pour objet la remise d'un rapport dressant le bilan, pour l'année 2023, du dispositif exonérant de cotisations sociales les médecins retraités qui reprennent une activité et étudiant la possibilité d'étendre cette exonération à tous les professionnels de santé au-delà de cette date.

Par ailleurs, vous avez dit, madame la rapporteure générale, que le travail en retraite ouvrirait de nouveaux droits. Pouvez-vous nous préciser ce point ?

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

Amendement AS484 de M. Thibault Bazin

M. Yannick Neuder (LR). Puisque vous ne répondez jamais quand nous défendons nos amendements, nous ne les défendrons plus – ça nous fera gagner du temps !

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

Amendements identiques AS808 de M. Jérôme Guedj et AS2339 de M. Hadrien Clouet

M. Jérôme Guedj (SOC). Mon amendement a pour objet la remise d'un rapport dressant le bilan du dispositif d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) spécifique aux outre-mer et étudiant la possibilité de sa pérennisation.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Ce rapport demandé par l'amendement AS2339 vise à dresser un bilan de l'amélioration de l'accès aux soins et de la résorption de la précarité économique et administrative des Padhue dans les territoires concernés, et à évaluer les actions permettant de pérenniser le dispositif et de le généraliser à l'ensemble du territoire national.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable. Je vous renvoie à la proposition de loi de Frédéric Valletoux, qui traite de la prise en compte des Padhue.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS1850 de M. Jérôme Nury et AS1894 de M. Jérôme Guedj

M. Jérôme Guedj (SOC). Cet amendement est également issu des travaux du groupe transpartisan... (*Protestations des commissaires du groupe Rassemblement National*) ... du groupe de travail associant des parlementaires ayant envie de travailler ensemble. L'envie, c'est quelque chose qui se partage à deux, car une envie tout seul, c'est une imposition : ça s'appelle le consentement et ça vaut pour tous les domaines de la vie !

Nous demandons au Gouvernement de remettre un rapport déterminant les mesures qui permettront de renforcer la participation des opérateurs de télémédecine à l'amélioration de l'accès aux soins dans les zones sous-dotées et de consolider sur l'ensemble du territoire une offre de télémédecine de qualité uniforme.

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

Chapitre II – Garantir la soutenabilité de notre modèle social

Article 27 : *Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés*

Amendements de suppression AS167 de M. Jérôme Guedj, AS933 de M. Yannick Monnet, AS1032 de M. Stéphane Viry, AS1846 de M. Paul-André Colombani et AS1934 de Mme Sandrine Rousseau

M. Jérôme Guedj (SOC). L'article 27 confie au médecin diligenté par l'employeur un pouvoir de contrôle des arrêts de travail. Sur le rapport de ce dernier, l'employeur pourra remettre en cause un arrêt de travail en suspendant de manière automatique le versement des indemnités journalières (IJ). Il n'est pas très glorieux de faire de l'employeur le vérificateur ultime.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Il est plus facile de culpabiliser les usagers que de prévoir des moyens à la hauteur des besoins. Nous demandons la suppression de cet article, qui remet en cause l'arrêt de travail au motif que la cause principale de la hausse des dépenses d'IJ serait les abus des assurés sociaux et des médecins prescripteurs. Or les causes de cette augmentation sont surtout structurelles. Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le dépassement serait de 300 millions d'euros par rapport à l'objectif de la loi de financement rectificative pour 2023 et serait quasiment intégralement dû au contexte inflationniste persistant.

M. Yannick Neuder (LR). Un arrêt maladie consomme beaucoup de temps médical, tant pour le prescrire que pour le contrôler. Ne pourrait-on renforcer les moyens de la médecine du travail plutôt que de mobiliser un médecin pour contrôler ? En cas de désaccord entre ces deux médecins, comment l'arbitrage sera-t-il rendu ? Un troisième avis médical sera-t-il nécessaire ? Il faut certes lutter contre la fraude mais je ne sais pas si on a trouvé la bonne solution. Tel est le sens de l'amendement AS1032.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'article 27 supprime l'avis de la commission des pénalités financières, privant ainsi les médecins de la possibilité de se défendre de façon équitable en cas de mise en accusation par la sécurité sociale. De plus, la possibilité de mettre un terme aux arrêts de travail sur la base d'un rapport rendu par un médecin diligenté par

l'employeur, et en l'absence d'un examen médical par le médecin-conseil, fait courir un risque important de conflit d'intérêts. Enfin, la possibilité de déléguer le contrôle des arrêts de travail à des infirmières ou à des auxiliaires médicaux, parfois par simple entretien téléphonique, contribue à mettre en danger certains salariés qui ne seraient pas examinés par un médecin.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Le PLFSS aligne les dépenses sur les recettes : ne devrions-nous pas faire l'inverse ? Alors que l'augmentation des dépenses est en partie due à l'inflation, nous n'avons pas étudié la question du niveau de recettes nécessaire pour couvrir les dépenses dont nous avons absolument besoin. À l'heure où notre système de santé est en train de craquer, la première des ambitions d'un PLFSS doit-elle être de traquer les arrêts maladie prescrits par les médecins de ville ?

De plus, cet article rend possible la suspension des IJ à l'issue d'un contrôle mandaté par l'employeur. Cela constitue une dérive inacceptable vers une privatisation des contrôles de l'assurance maladie. Les indemnités journalières ne peuvent en aucun cas être supprimées sans avis systématique du médecin-conseil de l'assurance maladie. Cette disposition entraîne par ailleurs un risque élevé de fragiliser encore plus les salariés, notamment en cas de situation conflictuelle avec l'employeur.

Mme la rapporteure générale. L'article 27 vise à maîtriser le nombre d'arrêts de travail injustifiés. L'entreprise a déjà la possibilité de faire appel à un médecin agréé par l'ordre des médecins pour contrôler les arrêts maladie. Notre objectif est de simplifier la démarche de l'employeur puisque le médecin agréé pourra dorénavant suspendre directement le versement des indemnités journalières s'il considère que l'arrêt est abusif. Il s'agit de maîtriser l'augmentation des volumes d'arrêts maladie.

Avis défavorable.

Quant aux IJ, elles évoluent certes en même temps que le Smic mais le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale a précisé que cela ne suffisait pas à expliquer l'augmentation des dépenses au titre des IJ.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Nous sommes en désaccord sur le diagnostic : l'évolution du nombre d'arrêts de travail est conforme aux prévisions. Il faudrait d'ailleurs s'interroger : pourquoi tant d'arrêts de travail, et tant de différences entre les branches ? Cela nous éclairerait beaucoup, notamment sur le caractère professionnel de certaines maladies.

En réalité, dans le but de faire 190 millions d'euros d'économies, vous instaurez une procédure préjudiciable aux salariés en court-circuitant le médecin-conseil et en donnant raison au médecin des employeurs contre celui des salariés. Vous choisissez votre camp, d'une certaine façon. Plutôt que de culpabiliser les salariés, donnez davantage de temps au médecin-conseil ou augmentez leur nombre, mais ne dévoyez pas la procédure. Nous sommes vent debout contre cette mesure inacceptable.

Mme Joëlle Mélin (RN). En matière d'IJ, on ne comptabilise pas séparément la maladie, la maternité et les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Il serait intéressant de faire le distinguo entre ces trois catégories car si un mois d'arrêt peut sembler beaucoup pour une maladie, j'ai déjà vu des arrêts de 300 ou 400 jours pour des AT-MP. Il serait utile de savoir quand les contrôles d'AT-MP doivent être déclenchés pour sortir des IJ et, le cas échéant, basculer en invalidité.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Je n'ai pas obtenu de réponse sur deux points que j'ai soulevés. Tout d'abord, vous supprimez les commissions paritaires qui permettent aux médecins libéraux de se défendre de façon équitable face à la Cnam. Je ne sais si vous avez réellement l'intention d'aboutir à une convention. Il faut clarifier ce point et laisser les partenaires sociaux négocier tranquillement.

Ensuite, le choix de recourir au médecin de l'employeur n'est pas satisfaisant car il fait courir un risque de conflit d'intérêts. Plutôt que de renforcer les moyens de contrôle de la sécurité sociale, vous préférez pratiquer la délégation de tâche : ce n'est pas une bonne chose non plus.

M. Thierry Frappé (RN). Actuellement, le contrôle des arrêts de travail est effectué par des médecins travaillant non pas directement pour l'employeur, mais dans des entreprises de contrôle médical. Leur contrat est d'ailleurs remis au conseil de l'ordre pour vérifier qu'il n'existe pas de problème déontologique.

Par ailleurs, il conviendrait de connaître le taux des arrêts injustifiés, ces derniers pouvant être révélateurs d'une situation conflictuelle au sein de l'entreprise que l'on pourrait résoudre autrement.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Le nouveau pacte de la vie au travail, promis au printemps dernier par le président Macron et la Première ministre, devait s'attaquer aux causes du mal-être au travail. Or vous nous proposez à la place une chasse aux arrêts maladie, alors que la première cause de la hausse des dépenses d'IJ est l'inflation, la deuxième est le recul de l'âge de départ à la retraite, qui entraîne une souffrance au travail provoquant des arrêts maladie, et la troisième est le mal-travail, qui coûte quelque 100 milliards d'euros par an. Plutôt que de vous attaquer à ces causes, vous choisissez de culpabiliser les salariés et de confier au médecin du patron le soin de décider si l'arrêt maladie est valable ou non. Cette mesure est vraiment scandaleuse.

M. Nicolas Turquois (Dem). L'augmentation des IJ a des causes structurelles : l'augmentation du Smic, l'augmentation de la population active et son vieillissement. Mais nous constatons aussi que, d'un médecin à l'autre et d'une entreprise à l'autre, les pratiques peuvent être très différentes. Il est normal de se poser des questions car il s'agit d'argent public.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Cette mesure dégrade la situation et relève d'un choix idéologique. J'imagine que vous avez dans le viseur la baisse de la productivité, qui touche tous les pays européens, particulièrement la France.

Cependant, mieux vaudrait s'interroger sur les causes des arrêts de travail. Des études ont-elles été menées sur les effets du confinement ? Durant cette période, beaucoup de personnes ont par exemple été exposées à des violences, susceptibles d'avoir une incidence à long terme. D'autre part, on constate une évolution du rapport à la santé. Le nombre des demandes de rendez-vous chez les médecins de ville explose. Pourquoi toujours appliquer des mesures autoritaires, répressives et culpabilisantes, sans prendre le temps d'analyser la situation ?

Supprimer l'article 27 redonnerait du sens au beau mot « politique ».

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS1028 de M. Stéphane Viry, AS1118 de M. Paul-André Colombani, AS1283 de Mme Sandrine Rousseau et AS1580 de M. Thierry Frappé

M. Yannick Neuder (LR). Lors du précédent débat, les orateurs ont exprimé des points de vue différents mais ont abouti à un vote commun. Je voudrais éviter tout malentendu avec Mme Fiat ou avec Mme Rousseau, dont je ne partage pas les valeurs. Les membres du groupe Les Républicains sont favorables au contrôle pour détecter les fraudes ; nous nous interrogeons toutefois sur les modalités, en particulier sur la nécessité de recourir à un second médecin, alors que le temps médical est compté. Que se passera-t-il en cas de désaccord ?

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'alinéa 4 tend à supprimer l'avis de la commission chargée de se prononcer sur l'opportunité des pénalités financières, afin de réduire les délais d'instruction. La phase contradictoire de la procédure aura désormais lieu directement devant le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam). Cette mesure disproportionnée cristallise la colère des médecins, qu'elle plonge dans l'insécurité, puisqu'elle bafoue le principe du contradictoire : le professionnel mis en cause ne pourra plus se défendre équitablement devant la Cpam.

Il n'est pas question de défendre les fraudeurs, mais des procédures simples existent. Cet alinéa jette l'opprobre sur la profession ; le présent amendement tend à le supprimer.

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Notre amendement vise à supprimer l'alinéa 4. Lorsque le taux d'arrêts maladie prescrits par un médecin est supérieur à celui de ses confrères du même département, on vérifie systématiquement qu'il n'administre pas de faux arrêts – je remarque en passant que quand les policiers ont revendiqué recourir aux arrêts maladie, il n'y a pas eu de contrôles de ce genre... Pourtant, un taux élevé peut s'expliquer par la patientèle, par exemple si elle est composée de beaucoup d'actifs mais d'un faible nombre de personnes âgées.

Pour les médecins concernés, la commission dite des pénalités est automatiquement saisie. Composée de représentants de la Cpam et de professionnels, elle rend un avis consultatif après avoir entendu le praticien.

L'alinéa 4 prévoit de supprimer l'avis de la commission, afin de réduire les délais d'instruction. Cette mesure bafoue le principe du contradictoire et le médecin, empêché de se défendre équitablement.

M. Thierry Frappé (RN). Élaboré avec la CSMF, notre amendement vise à supprimer l'alinéa 4. En effet, cet alinéa tend à renoncer à l'avis de la « commission des pénalités financières », réunie avant toute mise sous accord préalable, afin de réduire les délais d'instruction. Cela aboutit à organiser le contradictoire directement devant le directeur de la Cpam. Cette mesure bafoue le principe du contradictoire, comme le professionnel mis en cause, empêché de se défendre de manière équitable.

Mme la rapporteure générale. Le dispositif garantit le principe du contradictoire. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). On peut envisager cette mesure avec confiance ou avec défiance. Ici, vous voyez le mal. En cas de problème de santé, le médecin ou le patient demandent fréquemment un second avis. Cela ne pose de problème à personne. Ce n'est pas une démarche de défiance.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Une procédure existe pour sanctionner les médecins qui doivent l'être. Le fraudeur n'y échappera pas. En revanche, si l'avis est supprimé, le médecin ne pourra se défendre sereinement. La commission paritaire permet précisément de mettre fin au contrôle si le reproche statistique est infondé. Pourquoi la supprimer ?

La commission rejette les amendements.

Amendement AS819 de M. Elie Califer

M. Arthur Delaporte (SOC). Il s'agit d'un amendement de repli visant à préciser que l'objectif de réduction des prescriptions prévues à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale sera « compatible avec la réalité sanitaire des territoires ». En effet, la réalité sanitaire change d'un territoire à l'autre, les ultramarins étant spécifiques.

Plus largement, il s'agit de protéger les Français et les médecins. Le dispositif repose sur la méfiance du corps médical, qu'il place sous un contrôle arbitraire.

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

Amendements identiques AS1466 de M. Sébastien Peytavie, AS1875 de M. Paul-André Colombani et AS2563 de Mme Ségolène Amiot

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). Cet amendement de repli AS1466 vise à supprimer les alinéas 11 à 21, relatifs au contrôle des arrêts de travail et à la suspension des IJ.

Pour de nombreux salariés en détresse, l'arrêt de travail constitue la seule échappatoire, en particulier depuis l'adoption de la réforme de l'assurance chômage, que la majorité constituée des groupes Renaissance et Les Républicains a votée main dans la main : désormais, l'abandon de poste vaut présomption de démission. Que reste-t-il aux salariés qui souffrent au travail ? La pénibilité n'est pas prise en compte et les salaires n'augmentent pas.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Nous n'entendons pas priver l'employeur de la possibilité de diligenter un médecin privé pour contrôler si l'arrêt de travail du salarié est justifié. Il est toutefois déraisonnable de prévoir que par un simple rapport établi à distance, ce praticien pourra mettre fin à l'arrêt de travail et aux indemnités journalières, car cela soulève un risque de conflit d'intérêt. En effet, l'employeur attendra du médecin ainsi diligenté qu'il dénonce l'arrêt de travail – il serait naïf de l'ignorer. Le médecin-conseil, lui, intervient en toute impartialité. La solution est simple : il faut augmenter les moyens humains au service du contrôle médical. À défaut, nous ne renforcerons pas le contrôle, nous ferons des économies au détriment des salariés.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Je défends l'amendement AS2563.

Ce n'est pas bien. Certains salariés sont malades à cause de leur travail. Au lieu de les soutenir, on les suspecte *a priori* de frauder.

En quarante ans, les conditions de travail des salariés se sont dégradées. En 1984, 12 % des salariés déclaraient subir au moins trois contraintes physiques, notamment porter une charge lourde ou marcher longtemps ; ils sont 34 %. Dans les études internationales comparant la pénibilité, le stress et les troubles psychiques, la France est à la ramasse par rapport à ses voisins. Et plutôt que de travailler à résorber les causes, vous traquez les salariés.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable ; la suppression des alinéas 11 à 21 rendrait l'article inopérant.

Monsieur Neuder, à la fin de la procédure, le médecin est reçu par le directeur de la Cnam. La décision sera prise selon les mêmes modalités ; seul le contradictoire est modifié.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Notre intention est bien de rendre le dispositif inopérant : nous considérons qu'il est indigne. De la part de la majorité qui a voté les ordonnances visant à réformer le droit du travail et la loi « retraites » – j'en passe et des pires – cette mesure ne nous surprend pas. À nouveau, elle porte un mauvais coup aux salariés. Elle participe à la lutte des classes, en donnant plus de pouvoir au médecin de l'employeur qu'à celui du salarié. En sus, vous culpabiliserez des gens déjà malades et en difficulté. Ce n'est pas raisonnable ; nous nous opposerons aussi fermement que possible à ce texte, en sachant que le couperet du 49.3 risque de s'abattre sur le débat en séance publique.

M. Nicolas Turquois (Dem). La création de l'arrêt de travail constitue une avancée sociale majeure, qui repose sur la confiance dans le système. Or il arrive que les salariés eux-mêmes s'interrogent sur les arrêts répétés de certains de leurs collègues. Il faut objectiver les choses. Il est pertinent d'instaurer un double contrôle en vue de pérenniser le système. Je voterai contre ces amendements identiques.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS343 de M. Jérôme Guedj, AS935 de M. Pierre Dharréville et AS1406 de M. Stéphane Viry

M. Arthur Delaporte (SOC). Notre amendement AS343 vise à supprimer les alinéas 12 à 17, qui prévoient de renforcer les pouvoirs du médecin diligenté par l'employeur sur les arrêts de travail.

Personne ne conteste l'augmentation des dépenses d'IJ. Deux solutions s'offrent à nous. La première consiste à s'attaquer aux causes, en s'intéressant à la santé mentale et à la pénibilité. Entre 2010 et 2022, les indemnités versées au titre des AT-MP sont passées de 2 441 millions d'euros à 3 807 millions, révélant que le pays va mal et qu'il connaît un problème de santé au travail, en particulier de burn-out. La seconde solution, c'est de casser le thermomètre : couper dans les dépenses et autoriser les médecins des patrons à outrepasser les prescriptions de ceux des salariés. Ainsi, l'employeur prendra une décision affectant la santé du salarié, qui relève de sa vie privée. C'est inacceptable. Vous remettez en cause les fondements mêmes de la sécurité sociale, la philosophie du Conseil national de la Résistance, qui voulait protéger les travailleurs.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Le système actuel organise déjà des contrôles. C'est vous qui instaurez la défiance vis-à-vis des salariés, et des médecins qui leur prescrivent des arrêts de travail, quand ils en ont besoin.

Vous donnez au médecin de l'employeur le pouvoir de suspendre les indemnités journalières, sans l'avis du médecin-conseil, que vous dessaisissez. Selon nous, cet avis doit être systématique et incontournable. Cette mesure participera à fragiliser le salarié et privatisera les contrôles. Nous voulons une sécurité sociale protectrice, et vous l'affaiblissez, encore une fois.

M. Yannick Neuder (LR). Je défends l'amendement AS1406.

En l'état, en cas de désaccord, la commission intervient. Reviendra-t-il au médecin diligenté par l'employeur de prononcer le dernier avis sur la cessation du versement des indemnités journalières ? Ou bien est-ce la Cnam qui rendra la décision, après avis des deux médecins ?

Nous sommes favorables au contrôle. Arrêtons d'être naïfs : certains ont indûment recours aux IJ. Beaucoup de maladies se déclarent le lundi matin. La plupart des gens respectent leur activité professionnelle ; il est fréquent que ceux qui ne sont presque jamais en arrêt maladie s'étonnent que certains collègues souffrent plusieurs fois par an de maux de dos, de gastro-entérite, d'angine... Les contrôles sont d'autant plus complexes que la douleur est subjective – il est très difficile pour un médecin de savoir si une contracture musculaire paravertébrale est douloureuse. On peut avoir mal au dos sans souffrir de hernie discale.

Le législateur doit être juste. Nous devons coincer les profiteurs mais je réserve mon vote, en attendant les réponses de la rapporteure générale.

Mme la rapporteure générale. L'article 27 vise non seulement à simplifier les procédures de contrôle, pour gagner du temps médical, mais surtout à les renforcer.

L'employeur ne suspendra pas les IJ. La décision reviendra à un médecin, agréé par le conseil de l'ordre, lorsque celui-ci estimera que l'arrêt maladie est abusif. Si le patient n'est pas d'accord, il pourra saisir le service du contrôle médical. Ce recours le protège.

Certains sous-entendent que le médecin agréé sera de mèche avec l'employeur ou sera incité à multiplier les avis négatifs et les suspensions. Si un médecin agréé prononce davantage de suspensions que les autres, la caisse d'assurance maladie pourra s'autosaisir pour le contrôler, puisqu'il lui est loisible de le faire dans tous les cas. L'article comprend des garde-fous.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Vous arguez le renforcement des procédures de contrôle, mais la décision sera unilatérale.

Le problème en France, c'est le présentisme. Toutes les statistiques montrent que les Français vont beaucoup plus travailler en étant malades – 37 % au cours des douze derniers mois – que les autres Européens – 28 %. Il faut permettre aux gens d'être malades de temps en temps, non les pister.

Enfin, les arrêts de travail longs sont ceux qui coûtent cher à la sécurité sociale. Or personne ne fait semblant d'avoir besoin d'un arrêt long.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Comment travaillent les personnels de santé ? Le médecin chargé du contrôle pourra très bien appeler le médecin traitant pour avoir plus d'informations sur le patient et les raisons de la prescription et tomber d'accord avec lui. La décision ne tombera pas brutalement. Il s'agit toujours de savoir si l'on choisit la confiance ou la défiance.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1879 de M. Paul-André Colombani

M. Paul-André Colombani (LIOT). Il s'agit d'un amendement de repli. Le texte prévoit de déléguer le contrôle au médecin diligenté par l'employeur, parce que les services de contrôle médical manquent de moyens humains et qu'il n'est pas possible de recruter des médecins-conseils.

L'amendement vise à créer un agrément de l'assurance maladie, qu'elle délivrerait aux médecins ayant suivi une formation au contrôle. De fait, les médecins diligentés seront moins agréés par le conseil de l'ordre que par des boîtes privées. Je propose d'élargir un système qui existe déjà pour la fonction publique, puisque des médecins agréés exercent dans l'éducation nationale, par exemple. Leur indépendance nous garantit contre les conflits d'intérêts.

Mme la rapporteure générale. Les employeurs feront appel à des médecins agréés par le conseil de l'ordre. Tout médecin est soumis au code de déontologie médicale, qui garantit le principe de l'indépendance professionnelle.

Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Qui rémunérera le médecin chargé du contrôle ? Si vous n'avez pas la réponse, nous poserons la question au ministre lors de l'examen en séance.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Certes, le code de déontologie s'applique. Cependant, les médecins concernés seront recrutés par des entreprises privées, auxquelles les employeurs feront appel. Plus un médecin ira dans le sens de l'employeur, plus il sera diligenté, mieux il gagnera sa vie. C'est un conflit d'intérêts qui me rappelle de vieilles histoires, comme celle du médecin premier adjoint d'une commune de ma circonscription, qui contrôlait les salariés du privé placés en arrêt maladie.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS344 de M. Jérôme Guedj

M. Arthur Delaporte (SOC). L'amendement vise à empêcher que le médecin effectuant le contrôle se prononce contre la durée de l'arrêt initialement prescrite. Nous sommes opposés à toute modification du cadre actuel du droit du travail.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Quand le salarié consulte un médecin, vous ne faites confiance ni à l'un ni à l'autre. En revanche, vous accordez tout crédit au médecin du patron, respectueux du code de déontologie, sous la tutelle du conseil de l'ordre – comme si tel n'était pas le cas du médecin traitant. Vous avez un raisonnement à double standard. Et en dernier ressort, le médecin du patron décide.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS345 de M. Jérôme Guedj

M. Arthur Delaporte (SOC). Si vous adoptez cet amendement, le texte passera peut-être le filtre du Conseil constitutionnel. Il vise à supprimer le caractère automatique de la suspension du versement des IJ lorsque le rapport du médecin diligenté par l'employeur conclut à un arrêt de travail injustifié.

L'automatisme revient à nier le travail du médecin à l'origine de la prescription et va à l'encontre du droit de recours de l'assuré. Elle est contraire à la philosophie de la sécurité sociale, assurance contre les risques ouverte à tous.

Mme la rapporteure générale. J'ai déjà expliqué quelles étaient garanties. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Il m'est arrivé de procéder à des expertises pour la sécurité sociale. Quand la caisse n'est pas d'accord avec le médecin de l'assuré, elle désigne un expert, qui rend un avis. La procédure est exactement la même, mais plus simple.

La commission rejette l'amendement.

La réunion s'achève à dix-neuf heures cinquante-cinq.

Présences en réunion

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Paul-André Colombani, Mme Josiane Corneloup, Mme Laurence Cristol, M. Arthur Delaporte, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, M. François Gernigon, M. Jérôme Guedj, Mme Claire Guichard, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Laure Lavalette, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Stéphanie Rist, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. François Ruffin, M. Freddy Sertin, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux

Excusés. – M. Elie Califer, Mme Rachel Keke, M. Olivier Serva

Assistaient également à la réunion. – Mme Chantal Bouloux, M. Sylvain Maillard