

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 36

Jeudi

19 octobre 2023

Séance de 21 heures 15

Compte rendu n° 15

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

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



La réunion commence à vingt-et-une heures quinze.

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. Depuis mardi après-midi, nous avons examiné 754 amendements. Il nous en reste 426.

Chapitre II – Garantir la soutenabilité de notre modèle social (suite)

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

Amendements AS2565 de M. Hadrien Clouet, AS1443 de Mme Sandrine Rousseau et AS2564 de Mme Caroline Fiat (discussion commune)

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). L'amendement AS2565 veut maintenir la possibilité actuellement offerte à l'assuré de demander à son organisme de prise en charge la saisine du service de contrôle médical aux fins d'examen de sa situation.

En vertu de l'article 27, les assurés sociaux en arrêt maladie se verraient refuser le droit de demander un second examen. De plus, la décision de suspendre le versement des indemnités journalières pourrait dépendre de médecins sensibles aux orientations ou aux pressions patronales.

Il convient de prévenir les abus que pourraient commettre des employeurs désireux d'éviter le versement d'indemnités complémentaires aux assurés sociaux en arrêt maladie en demandant au médecin de poser un diagnostic erroné ou excessivement sévère. Il faut donc réaffirmer la possibilité pour l'assuré social de bénéficier d'un second examen de sa situation.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) prévoit qu'un médecin mandaté par l'employeur peut contrôler les arrêts de travail émis par un autre médecin et suspendre le versement des indemnités journalières s'il trouve l'arrêt injustifié. L'amendement AS1443 vise à instaurer un délai minimal permettant à l'assuré de saisir le contrôle médical de l'assurance maladie avant la suspension des indemnités. Le dépôt de la saisine dans ce délai ferait surseoir à la suspension, et ce jusqu'à la décision du contrôle médical. Par ailleurs, il est inacceptable que le médecin contrôleur puisse évaluer *a posteriori* que l'état de santé de l'assuré ne justifiait pas un arrêt de travail alors même qu'il ne l'avait pas examiné. L'amendement vise également à supprimer cette possibilité.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). L'amendement AS2564 porte à trente jours le délai à compter duquel prend effet la suspension automatique du versement des indemnités journalières de sécurité sociale sur décision de l'organisme local d'assurance maladie après un contrôle médical effectué par un médecin à la demande de l'employeur. Il faut éviter la

suspension abusive du versement des indemnités. Les assurés doivent être en mesure de se retourner et disposer d'un recours. Si l'on estime que le premier médecin s'est trompé ou a abusé de sa position, et si l'on considère que le second médecin a posé, à son tour, un diagnostic erroné, il faut disposer du temps nécessaire pour obtenir un troisième avis. Ce n'est pas à l'assuré d'assumer les conséquences financières d'erreurs médicales.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale. Nous en avons débattu en fin d'après-midi. Mon avis demeure défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Nous vous donnons une nouvelle chance de renoncer à ce funeste projet et d'amoindrir les pouvoirs qui seront conférés au médecin diligenté par l'employeur. Alors que les dispositifs actuels fonctionnent, vous instituez une procédure ahurissante, qui aura des conséquences directes sur les salariés. Ce dispositif me paraît complètement infondé et je ne suis d'ailleurs pas certain qu'il soit stabilisé.

M. Thierry Frappé (RN). Dans le texte, le médecin contrôleur n'invalide pas l'arrêt de travail : il apprécie, au jour du contrôle, si l'état de santé est ou non compatible avec une reprise du travail. Il ne se prononce pas sur les jours précédents.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Si, sa décision est rétroactive !

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS1030 de M. Stéphane Viry et AS1707 de Mme Katiana Levavasseur.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS1030 est défendu.

M. Victor Catteau (RN). L'amendement AS1707 est défendu.

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

Amendements identiques AS454 de M. Yannick Neuder et AS1169 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). L'idée qu'un médecin mandaté par l'employeur puisse contrôler les arrêts de travail nous paraît particulièrement violente pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une maladie chronique, et pour ceux qui présentent des facteurs de risque ou qui subissent une perte d'autonomie. En effet, leur employeur pourrait instrumentaliser la loi et procéder à des contrôles à tout-va. Nous souhaitons donc que des maladies comme le cancer – qui sont souvent cachées par peur du licenciement ou de la mise au placard – soient écartées du dispositif.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Ce sujet mériterait un minimum d'explications, madame la rapporteure générale. Une maladie de longue durée, un cancer, une endométriose, pour ne citer que ces exemples, rendent nécessaires des arrêts de travail réguliers, qui peuvent ne pas être compris par l'employeur. Ce dernier pourrait faire des demandes récurrentes de contrôle et solliciter une suspension des indemnités journalières si, à la date du contrôle, les douleurs ou les effets secondaires – d'une chimiothérapie par exemple – n'étaient pas discernables.

Mme la rapporteure générale. Ce n'est pas l'employeur qui va contrôler la personne mais un médecin indépendant, agréé par le conseil de l'ordre, qui sait pertinemment ce qu'est une ALD et la prend évidemment en compte au moment de donner son avis. Si je n'ai pas été plus explicite, c'est que nous avons déjà eu ce débat cet après-midi.

L'amendement AS454 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS1169.

Amendements AS1887 de M. Paul-André Colombani et AS1031 de M. Stéphane Viry (discussion commune)

M. Paul-André Colombani (LIOT). Il s'agit de revenir sur la possibilité de déléguer l'exercice du contrôle médical aux membres de certaines professions médicales ou paramédicales. Il n'est pas concevable qu'un arrêt de travail puisse être suspendu sur la base d'un rapport, aussi fondé soit-il, ou d'une conversation téléphonique sans que le patient soit examiné par un médecin. En procédant de la sorte, on pourrait mettre le patient en danger dans l'exercice de sa profession.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS1031 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Il s'agit d'une délégation de tâches qui s'inscrit dans le cadre d'une relation étroite entre le médecin de la sécurité sociale et l'infirmière. Je ne vois pas ce qui justifie votre inquiétude.

Avis défavorable.

M. Paul-André Colombani (LIOT). Il s'agit aussi du rapport réalisé dans le cadre du contrôle. Par exemple, lorsqu'on se fracture un poignet, on peut reprendre le travail, statistiquement, au bout de quarante-cinq à soixante jours. Le médecin-conseil considère que, si l'on a doublé ce temps de repos, le poignet est nécessairement consolidé. Mais ce n'est pas vrai pour tout le monde : chacun récupère différemment, et tout dépend de la profession exercée. Ce qui n'est pas grave pour un informaticien peut mettre la vie en danger d'un conducteur d'engin de chantier ou de bus.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS1104 de M. Arthur Delaporte

M. Joël Aviragnet (SOC). Les indemnités journalières de l'assurance maladie ne sont ouvertes qu'à la condition d'avoir cotisé au moins 1 015 fois le Smic horaire au cours des six mois précédents ou d'avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois derniers mois. La pertinence de ce seuil devant être évaluée, nous demandons, par cet amendement, un rapport sur le sujet.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. François Ruffin (LFI - NUPES). Je voudrais revenir sur le caractère injuste et inefficace de ce que vous proposez. Injuste car les personnes concernées sont, pour beaucoup d'entre elles, malades à cause de leur travail. Pendant la période de versement des indemnités journalières, elles vont vivre avec l'inquiétude qu'on les leur reprenne *a posteriori*. Et inefficace car vous n'avez pas recherché les causes du mal-travail, les raisons pour lesquelles

l'organisation du travail en France produit du mal-être et des troubles psychiques. Les troubles psychiques d'origine professionnelle ont été multipliés par six au cours des dix dernières années. Nous seulement on ne les considère pas comme une maladie professionnelle, mais on va sanctionner les gens !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 27 non modifié.

Article 28 : *Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou échange téléphonique*

Amendements de suppression AS115 de M. Sébastien Peytavie, AS168 de M. Jérôme Guedj, AS936 de M. Pierre Dharréville, AS1495 de M. Laurent Panifous et AS2568 de Mme Ségolène Amiot

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nous proposons de supprimer cet article, qui limite à trois jours l'arrêt de travail prescrit ou renouvelé par le biais de la télé médecine. Pour de nombreux salariés, l'arrêt de travail est parfois la seule porte de sortie face à une situation de détresse. Dans aucun des textes que nous avons examinés récemment, en particulier ceux relatifs à l'assurance chômage et aux retraites, la question de la qualité de vie au travail n'a pu être discutée. Si la prescription d'arrêts maladie est en hausse, cela traduit un profond mal-être au travail. Le Gouvernement y répond par l'augmentation de la durée du travail pour toutes et tous.

M. Elie Califer (SOC). Cet article réduit les dépenses liées au versement des indemnités journalières sans qu'on se soit aucunement interrogé sur les causes de la croissance continue des arrêts de travail. On connaît pourtant l'existence de raisons liées à l'organisation du travail, à la souffrance au travail, à la pénibilité... Cette logique de la privation de l'accès aux soins et du versement des indemnités laissera de côté les 6 millions de Français qui n'ont pas de médecin traitant. Dans certaines zones sous-denses, le salarié n'aura d'autre recours que la télé médecine. Par l'amendement AS168, nous nous opposons à la réalisation de ces économies, de l'ordre de 100 millions d'euros, espérées par l'État.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). On a eu droit, il y a quelques jours, à la réforme « France Turbin ». Cet après-midi, vous nous avez expliqué qu'il fallait augmenter le nombre d'heures supplémentaires. À présent, par cet article, il s'agit de demander aux gens malades d'aller travailler quand même. Cette disposition, qui s'inscrit dans le droit fil de l'article que nous venons d'examiner, constitue une remise en cause de l'arrêt de travail en tant que tel. Elle repose sur l'argument erroné selon lequel l'augmentation des dépenses d'indemnités journalières proviendrait principalement de l'abus des patients.

Le Gouvernement prône la télé médecine, dans laquelle il voit un palliatif à la désertification médicale. Cela ne l'empêche pas de pénaliser les patients qui, n'ayant parfois pas d'autre choix, y ont recours pour faire reconnaître leur état de santé. Bien que je ne considère pas du tout la télé consultation comme un outil ordinaire, je regrette cette mesure. Il faut retrouver le moyen d'assurer un suivi du patient par un médecin, ce que ne permettent pas nécessairement les plateformes, même si la télé consultation peut aussi être pratiquée par le médecin traitant.

La disposition encadrant les prescriptions délivrées en téléconsultation ou en télésoin peut paraître louable, mais elle démontre surtout la nécessité d'encadrer les dispositifs de téléconsultation eux-mêmes, qui sont proposés par de nombreuses plateformes marchandes.

M. Paul-André Colombani (LIOT). L'amendement AS1495 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). La hausse du recours aux arrêts maladie est liée à la dégradation des conditions de travail et notamment aux risques psychosociaux pesant de manière croissante sur les salariés. Après avoir favorisé et encouragé la pratique de la téléconsultation, à laquelle nous nous étions opposés, le Gouvernement fait maintenant planer une suspicion de fraude au-dessus des patients, qui peinent à trouver un médecin disponible, ainsi que des médecins, accusés de complaisance – sauf lorsqu'il s'agit de policiers.

La limitation des arrêts maladie non seulement cède à la pensée de court terme, mais surtout fait fausse route. Elle inciterait en effet nos concitoyens à renoncer à leur droit à une prise en charge convenable, dans des délais raisonnables, et les conduirait à travailler malgré leur état de santé. Elle pousserait au présentisme les salariés malades, favorisant la transmission des maladies et l'aggravation des pathologies. En définitive, cette mesure est mauvaise pour la santé individuelle, mais aussi la santé publique et les finances de la sécurité sociale.

En se focalisant sur la prescription d'arrêts de travail en téléconsultation, cet article ignore la situation de pénurie générale d'offre de soins. Il ne tient pas compte du fait que 11 % de nos compatriotes n'ont pas de médecin traitant – soit plus de 6 millions de Français – , que le nombre de médecins généralistes recule de 1 % par an depuis 2017 et qu'il n'y a pas de perspective d'amélioration de la densité médicale d'ici à 2033 – cette dernière est d'ailleurs en baisse dans 75 % des départements. Dans ce contexte, il est inenvisageable que chaque salarié puisse avoir accès à un rendez-vous physique avec un médecin dans un délai de trois jours – et même de deux jours pour le renouvellement d'un arrêt maladie, lequel doit être prescrit la veille.

Mme la rapporteure générale. Vous entendez ramener le débat vers l'article précédent, mais la problématique soulevée par l'article 28 est quelque peu différente. Rappelons d'abord que les téléconsultations représentent moins de 4 % du total des consultations. Par ailleurs, les auditions que nous avons conduites, avec Pierre Dharréville, dans le cadre de la mission « flash » sur les téléconsultations sur abonnement ont montré que la majorité des plateformes limitaient les arrêts maladie à trois jours : le stock d'actes concernés est donc limité. Enfin, l'article précise que, s'il est impossible de consulter un médecin ou si c'est le médecin traitant qui a demandé une téléconsultation, l'arrêt de travail peut être plus long. Bref, la limitation prévue par l'article ne s'appliquera que dans quelques cas. Il me semble logique que nous continuions à définir des règles encadrant les téléconsultations, comme beaucoup, parmi vous, l'avaient demandé.

Avis défavorable.

M. Louis Boyard (LFI - NUPES). On ne comprend pas très bien votre objectif. Si le problème est minime, pourquoi nous proposer cet article ? Pour la morale ? Sincèrement, dans la période d'inflation que nous connaissons, je doute qu'une mesure répressive qui affecte la vie des Français puisse être morale. Le faites-vous pour agir contre la fraude, et donc réaliser des économies – puisque tel est, au fond, le sens de ce PLFSS ? Mais alors, pourquoi ne vous occupez-vous pas d'autres fraudes, comme la fraude fiscale, qui rapporteraient beaucoup plus ?

Cet article incompréhensible va pénaliser largement les 6 millions de Français – 11 % de la population – qui n’ont pas de médecin traitant, alors même que le nombre de médecins généralistes et de médecins du travail recule et que la densité médicale connaît une baisse dans 75 % des départements.

M. Nicolas Turquois (Dem). Pour faire œuvre utile, nous devons garder notre objectivité. Je regrette que l’on ait évoqué les policiers, qui n’ont rien à voir avec le sujet.

Nous devons nous interroger sur notre pratique des arrêts maladie, qui sont en hausse. Les dépenses s’accroissent principalement parce que le Smic augmente, la population active aussi, et parce que les Français travaillent jusqu’à un âge plus avancé. Cela étant, il est des pratiques sur lesquelles il faut se pencher. Il me paraît de bon sens de prévoir une consultation physique au-delà de trois jours d’arrêt maladie. Cela contribuerait à rationaliser les choses. Je m’opposerai à ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS347 de M. Jérôme Guedj et AS2436 de M. Sébastien Peytavie

M. Joël Aviragnet (SOC). Je n’ai toujours pas compris comment peut faire une personne qui habite à la campagne et qui n’a plus accès à un médecin pour obtenir un arrêt de travail. À moins d’aller aux urgences ? J’aimerais avoir une réponse précise sur ce point.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Non seulement 11 % des Français n’ont pas de médecin traitant, mais il devient difficile pour l’ensemble de nos compatriotes d’obtenir un rendez-vous médical, comme le montre une enquête de la direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques. À chaque fois ou presque que l’on contacte un médecin, on s’entend dire qu’il ne peut pas accepter de nouveau patient. Même lorsqu’on a un médecin traitant, il faut compter de trois ou six jours pour obtenir un rendez-vous. Cet article va fragiliser les personnes les plus éloignées du système de santé. Quant à celles qui ont un médecin traitant, elles n’arriveront pas à respecter les délais légaux. C’est pourquoi nous proposons de supprimer les alinéas 1 et 2.

Mme la rapporteure générale. Il est pourtant clairement inscrit, à l’article 28, que l’impossibilité pour le patient de consulter un médecin pour obtenir une prolongation de l’arrêt de travail constitue une dérogation à la durée maximale de trois jours. Cela devrait vous rassurer.

L’essentiel est que, si un arrêt maladie plus long s’impose, un examen physique ait lieu. C’est indispensable pour protéger nos concitoyens. Je ne dis pas que ce soit facile partout ni pour tout le monde, mais il est souvent possible d’avoir un rendez-vous avec son médecin traitant dans les trois à six jours. Lorsqu’une communauté professionnelle territoriale de santé s’est organisée, on peut en obtenir un en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Nous savons que des gens sont maltraités au boulot. Les comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont été liquidés, un quart des sections d’inspection du travail sont privées de titulaire, les salariés français sont nettement plus susceptibles que leurs voisins d’être exposés à des produits toxiques, des charges plus lourdes, des gestes répétitifs. Et pour couronner le tout, la désertification médicale rend les prises de rendez-vous de plus en plus difficiles.

Vous nous dites qu'il suffira de justifier de ce qu'on n'a pas pu consulter un médecin pour bénéficier de la dérogation. Mais comment le patient pourra-t-il prouver techniquement que c'était le cas, après avoir passé une journée à courir après un médecin ?

Mme Laurence Cristol (RE). Les problèmes de démographie médicale ne se posent pas seulement dans la ruralité mais également dans les villes.

Si un arrêt de travail doit être prolongé au-delà de trois jours, c'est que la pathologie dont souffre le patient requiert un examen physique. C'est indispensable pour le protéger.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1992 de M. Olivier Serva

M. Paul-André Colombani (LIOT). Cette mesure limitative ne doit pas être appliquée dans les territoires ultramarins car la télémédecine y est souvent le dernier rempart au non-recours au soin, comme l'ont bien compris les agences régionales de santé qui, désormais, présentent des programmes régionaux de télémédecine.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Vous nous expliquerez comment les ultramarins se rendront dans un département limitrophe...

Je viens de me connecter sur le site Doctolib. Dans ma commune de Couëron, les prochains rendez-vous disponibles chez un médecin généraliste sont le 2 novembre et le 1^{er} décembre. Les autres médecins font savoir qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients. Un rendez-vous est en revanche possible demain ou samedi à la pharmacie, en télémédecine. Sinon, je dois faire 52 kilomètres pour avoir un rendez-vous le 27 octobre. Bref, trouver un médecin dans les cinq jours, c'est impossible.

Mme la rapporteure générale. Mais c'est prévu dans le texte ! La limite est de trois jours sauf en cas d'impossibilité, justifiée par le patient, de consulter un médecin.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS447 de M. Jérôme Guedj

M. Elie Califer (SOC). Si l'on n'entend pas la souffrance de certains territoires, notamment ceux de l'outre-mer, il devrait être possible d'entendre celle des personnes en ALD. Cet amendement vise à les exclure de la limite des trois jours, de même que celles qui sont atteintes d'une maladie chronique, présentent des facteurs de risques ou sont en perte d'autonomie. Alors que, selon un rapport sénatorial, plus d'un Français sur dix n'a pas de médecin traitant, c'est une question de justice.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Louis Boyard (LFI - NUPES). Encore un rendez-vous supplémentaire pour les personnes en ALD, ou atteintes d'une maladie chronique ! Une démarche en plus pour aller prouver qu'elles sont malades, en pleine période d'inflation. Leur exclusion d'une telle mesure tombe pourtant sous le sens.

Et, encore une fois, comment prouve-t-on, concrètement, qu'on n'a pas pu avoir de rendez-vous ? Y aura-t-il des vérifications, quelqu'un pour dire qu'on a menti ?

M. Nicolas Turquois (Dem). On peut tout de même admettre qu'un dispositif de solidarité soit contrôlé ! Ce sont les travailleurs qui cotisent pour que les malades soient pris en charge, y compris les personnes en ALD, qui sont peu concernées par cette mesure. Je ne comprends pas ce refus de l'idée d'un contrôle.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS788 de M. Jérôme Guedj et AS2437 de M. Sébastien Peytavie

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement AS788 engage le médecin de téléconsultation à orienter le patient vers une consultation en présentiel ou avec son médecin traitant s'il faut prolonger l'arrêt maladie. En effet, je n'ai toujours pas compris comment il sera possible de prouver qu'aucun rendez-vous n'a pu être pris. Je n'ai aucun problème avec les contrôles, c'est une question de faisabilité. Déjà qu'on n'entend parler que du manque de médecins dans les territoires, on ne va pas encore compliquer la vie des gens !

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). En effet, il convient d'offrir une solution à ces patients pour qu'ils puissent bénéficier d'une consultation rapide lorsque leur état de santé le nécessite afin de ne pas être pénalisés par la limitation de la durée des indemnités journalières.

Mme la rapporteure générale. Avis favorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). J'ai peu de goût pour le développement massif de la téléconsultation, car le moment arrive toujours où une consultation physique s'impose. Si vous, qui avez beaucoup travaillé à son développement, trouvez soudain que ce n'est pas une solution miracle, vous prêchez un convaincu. Sauf que vous ne l'entravez que pour les arrêts de travail ! Je ne peux m'empêcher de faire un lien avec l'article précédent.

Mme la rapporteure générale. La majorité des téléconsultations se font dans les métropoles, ce qui justifie un certain contrôle des arrêts maladie.

La commission adopte les amendements.

Amendement AS1853 de M. Giovanni William

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Il convient de soustraire d'office du champ d'application de cette mesure les patients les plus fragilisés dans leur démarche d'accès aux soins.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Louis Boyard (LFI - NUPES). Nous voterons évidemment en faveur de cet amendement.

Je m'inquiète de l'absence de toute réponse à une question déjà posée cinq ou six fois : comment prouver l'impossibilité de consulter physiquement un médecin ? N'avez-vous rien prévu ? Taisez-vous délibérément quelque chose ?

M. Yannick Neuder (LR). Il n'est pas question ici d'ajouter des contraintes à des patients qui ne parviennent pas à trouver de médecin, mais d'éviter des abus bien réels. Certaines personnes, qui ne sont pas forcément malades, font jusqu'à dix téléconsultations pour trouver un médecin qui les mettra en arrêt de travail. Cet article vise à limiter ce type de fraude, qui de surcroît fait perdre du temps aux vrais patients comme aux médecins.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1503 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES). L'amendement vise à étendre la possibilité de prolonger les arrêts maladie prescrits par téléconsultation aux arrêts maladie relatifs à la santé mentale. Le rétablissement, en effet, peut être long et il n'est pas nécessaire de consulter à nouveau systématiquement en présentiel. De plus, des personnes en burn-out ou en dépression peuvent avoir le plus grand mal à sortir de chez elles.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Monsieur Neuder, il est également possible d'accumuler les rendez-vous chez un médecin. Vous pouvez aller voir cent médecins sans que votre carte Vitale soit bloquée, à la différence des téléconsultations. Si un médecin ne répond pas à la demande précise du patient, ce dernier ira en voir d'autres. Il faut répondre à l'urgence qu'il éprouve si tel n'a pas été le cas lors d'une téléconsultation.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 28 modifié.

Après l'article 28

Amendement AS1373 de M. Frédéric Mathieu

M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES). François Lescure, ancien président de l'association Les entreprises de télémédecine, ne veut plus que ces entreprises soient perçues comme des « plateformes commerciales alors que nous voulons être reconnus comme des offreurs de soins à part entière ». Nous proposons donc de diversifier l'offre de services de ces entreprises en interdisant la pratique unique de la téléconsultation. En effet, il serait contraire à la déontologie de laisser prospérer des entreprises exclusivement sur la dématérialisation du soin car le soin effectué en téléconsultation est globalement de moins bonne qualité, même s'il apporte parfois une réponse à ceux qui n'ont pas accès à un médecin. De plus, sa prise en charge par des entreprises lucratives engendre des coûts supplémentaires pour le patient et pour notre système de protection sociale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). J'en reviens à l'opérationnalité de l'article 28, puisque vous ne nous avez toujours pas donné de réponses. Comment justifier dûment qu'on n'a pas pu avoir un rendez-vous chez un médecin ? Allez-vous mettre les gens sur écoute,

consulter leur navigateur web ? Recevront-ils un formulaire envoyé par La Poste, bien après les trois premiers jours d'arrêt de travail ? À moins que vous n'en ayez aucune idée et que vous ayez rédigé cet article sur un coin de table.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS400 de M. Thibault Bazin, AS1582 de M. Thierry Frappé et AS1812 de Mme Joëlle Mélin

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS400 est défendu.

M. Thierry Frappé (RN). Mon amendement prévoit, sur les remarques des représentants du site de médecins en ligne Medadom, que pour bénéficier de l'agrément du ministère de la santé, la société de téléconsultation devra se soumettre au processus de certification du référentiel Hébergeur de données de santé (HDS) et aux règles attachées à la norme ISO 27001. Ce socle garantit la confidentialité des données personnelles des utilisateurs et assure une transversalité des services pour une meilleure sécurité de l'information

Mme la rapporteure générale. Ces amendements sont satisfaits : un arrêté sera publié prochainement définissant les obligations techniques auxquelles devront se conformer les plateformes de téléconsultation. La certification HDS en fait partie.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Pour protéger les données de santé, qui sont très sensibles, il conviendrait d'aller au-delà de cette norme et de se diriger directement vers le SecNumCloud. Cet été, deux hôpitaux ont été piratés et Pôle emploi s'est fait voler les données de 10 millions d'allocataires.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS277 de M. Yannick Neuder, AS1496 de Mme Sandrine Rousseau et AS1811 de Mme Joëlle Mélin

M. Yannick Neuder (LR). Il s'agit d'interdire aux entreprises de téléconsultation de facturer aux patients des frais annexes autres que ceux fixés par les tarifs conventionnels. Il existe des systèmes de frais d'accès ou abonnements, souvent pratiqués par des filiales de groupes de santé étrangers.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Il faut réguler les tarifs pratiqués par les sociétés de téléconsultation agréées. Alors que les Français constatent la dégradation de notre système de santé et que, faute de médecins, ils sont contraints de prendre des rendez-vous en distanciel, l'existence de frais de téléconsultation constitue une véritable double peine. Les plateformes justifient ces suppléments par le service de mise en relation ou par l'accès à l'outil de téléconsultation. Or ces frais peuvent être un frein pour les patients. Le principe d'accessibilité de la téléconsultation, voire de la prise de rendez-vous au sens large, est en péril. La télémédecine ne doit pas être un moyen de promouvoir un système de santé à deux vitesses, toujours plus profitable, en créant une charge financière pour les patients. Au contraire, elle devrait favoriser la réduction des disparités en matière d'accès aux soins, en particulier pour les populations vulnérables. C'est le sens de l'amendement AS1496.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le public et les professionnels de santé s'inquiètent de la monétisation de la téléconsultation à travers un système d'abonnement. Nous proposons que les plateformes ne puissent pas facturer aux patients des frais annexes autres que ceux fixés par les tarifs conventionnels. De tels frais sont souvent introduits par des filiales de groupes de santé étrangers, qui pourraient avoir une vision différente des enjeux de santé. En conséquence, la télé médecine ne devrait pas contribuer à une segmentation de notre système de santé ni imposer des coûts additionnels aux patients.

Mme la rapporteure générale. Un décret sur l'encadrement de ces dispositions, issu d'une concertation avec l'ensemble du secteur et non un seul opérateur, est en cours de préparation.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Selon les conclusions de l'excellente mission flash Dharréville-Rist, il faut agir vite. Ces amendements le permettent, d'autant que nous sommes globalement d'accord pour constater que des groupes financiarisés mobilisent une partie du temps médical disponible et le facturent dans le cadre de prestations dont la qualité, le volume et l'adéquation avec les pathologies ne sont en rien assurés.

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS398 de M. Thibault Bazin, AS1497 de Mme Sandrine Rousseau, AS1581 de M. Thierry Frappé, AS1706 de M. Pierre Dharréville et AS1810 de Mme Joëlle Mélin

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS398 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Par l'amendement AS1497, nous proposons de réguler l'implantation des cabines de téléconsultation dans les structures commerciales lucratives. La téléconsultation ne doit pas être une activité annexe d'un magasin multi-commerces mais doit être effectuée par une entreprise dont l'objet social consiste en des actes de médecine.

De nombreuses questions se posent, notamment hygiéniques. Si les dispositifs ne sont pas correctement entretenus, ils pourraient être un foyer de germes et de bactéries, exposant les patients à des maladies contagieuses. La question de la confidentialité se pose également puisqu'il n'est pas possible de garantir dans une cabine en libre-service qu'un tiers non autorisé n'écoute ou n'interrompt une téléconsultation.

Il est dès lors essentiel de stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation afin de garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente.

M. Thierry Frappé (RN). À l'occasion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, la télé médecine a connu un essor inédit et de nouveaux acteurs de téléconsultation sont apparus. On a vu apparaître des dispositifs de connexion – cabines, bornes, mallettes, chariots – sur tout le territoire, y compris dans des locaux commerciaux, des supermarchés et des gares. Ce modèle d'implantation a été dénoncé par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) dans son rapport *Charges et produits pour 2024*, en raison de l'incompatibilité de cette localisation avec l'exercice de la médecine.

Ces dispositifs posent des questions de sécurité, de salubrité et de confidentialité. Il paraît donc essentiel de stabiliser le cadre de la régulation de la téléconsultation pour garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Nous proposons, conformément à une recommandation de la Cnam, d'encadrer la téléconsultation en interdisant l'implantation de bornes et de cabines dans des lieux où elles n'ont rien à faire comme des locaux commerciaux, des supermarchés, des gares ou des aires d'autoroute. On assiste à une marchandisation inquiétante de la téléconsultation, qui va de pair avec une financiarisation de la médecine. Il faut se protéger contre cette tendance et encadrer le développement de la télémédecine par des entreprises qui cherchent avant tout à faire des profits. Agissons avant qu'il ne soit trop tard.

Mme la rapporteure générale. Je suis en complet désaccord avec vos amendements, qui me paraissent assez hypocrites. Vous voulez interdire l'implantation de bornes de téléconsultation dans certains lieux alors qu'on peut déjà faire une téléconsultation à la gare, ou au milieu d'Auchan, depuis son téléphone. Il faut réguler cette pratique, mais pas de cette manière. Pourquoi faudrait-il s'opposer à l'installation, avec des professionnels de santé, de bornes ou de cabines là où elles peuvent être utiles aux gens ? Quelqu'un qui prend le train tous les jours pour aller travailler peut trouver pratique d'utiliser une cabine à la gare ! Je ne vois pas où est le problème. D'ailleurs, encore une fois, c'est possible avec un téléphone. Je comprends que l'on puisse être contre la téléconsultation en elle-même, mais ce n'est pas l'enjeu ici.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Vos propos illustrent parfaitement la contradiction que j'ai pointée à propos de l'article précédent : on essaie d'encadrer au maximum les arrêts maladie mais, dans le même temps, on encourage les téléconsultations dans le train.

Il faudrait un minimum de règles, par exemple que les médecins disent systématiquement à leurs patients de se trouver, au moment de la téléconsultation, dans un lieu garantissant la confidentialité de leurs échanges. Et vous, vous allez autoriser des entreprises qui ont des moyens considérables à installer des bornes dans des lieux publics où elles n'ont rien à faire. Ce faisant, vous allez favoriser la transformation de la médecine en produit de consommation. C'est une très mauvaise idée, y compris pour la sécurité sociale.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1109 de Mme Josiane Corneloup

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

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Louis Boyard (LFI - NUPES). Vous dites, madame la rapporteure générale, que l'on peut déjà faire une téléconsultation au milieu d'Auchan. Personnellement, cela ne m'est jamais arrivé : quand je fais une téléconsultation, je préfère être chez moi. Mais je pourrais effectivement m'installer à côté des pastèques avec mon téléphone pour le faire. En revanche, installer une cabine et y faire passer les gens à la chaîne, cela peut présenter un risque sanitaire.

Quant à la personne qui fait une téléconsultation pour avoir un arrêt maladie parce qu'elle n'a pas obtenu de rendez-vous chez le médecin, comment va-t-elle prouver qu'elle n'en a pas trouvé ? Vous dites que vous voulez un débat serein, mais il ne peut pas l'être si vous ne répondez pas aux questions que nous ne cessons de vous poser.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Madame la rapporteure générale, vous êtes médecin : vous savez donc que les patients ne s'attendent pas toujours aux questions qu'on va leur poser au cours d'une consultation, et certaines peuvent être très intimes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement ASI570 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'article 28 vise à lutter contre les abus d'arrêts de travail, qui sont, il est vrai, facilités par le recours à la téléconsultation. Toutefois, plus de 5 400 000 Français n'ont pas de médecin traitant en raison d'une démographie médicale désastreuse, à laquelle nous ne commencerons à remédier qu'en 2030 au mieux, en raison de la durée de la formation médicale. Le dispositif que nous proposons vise à offrir une solution à ces patients sans médecin traitant qui se font prescrire un arrêt de travail par téléconsultation. Il importe de ne pas les pénaliser alors qu'ils souffrent déjà de la désertification médicale.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Au cours d'une téléconsultation, les patients peuvent se voir poser des questions très intimes. Imaginons une femme qui consulte parce qu'elle a des douleurs pendant les règles : on lui demandera peut-être si elle a aussi des douleurs pendant les rapports sexuels, si ça la brûle quand elle va à la selle ou uriner, si elle a une éruption cutanée ou un rash au niveau du vagin... Souhaitez-vous, quand vous faites vos courses à Auchan, que ces questions vous soient posées et que d'autres puissent les entendre ? Seriez-vous à l'aise pour y répondre dans un tel cadre ? Je ne le pense pas et je ne pense pas que ce soit souhaitable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Je voterai cet amendement. Je rappelle qu'une consultation médicale est un moment très particulier, un acte singulier et grave. Pour de la bobologie, on peut sans doute s'adresser à une personne qui donne des conseils en ligne, comme à la pharmacie – où le secret médical n'est pas respecté puisque chacun parle devant tout le monde. Mais on peut aussi avoir des choses importantes à dire. Les personnes que nos amis de gauche aiment à décrire en burn-out permanent, fragilisées, très fatiguées – on se croirait toujours chez Zola quand ils parlent – ont besoin de parler. Et il n'y a rien de pire que d'être déçu quand on n'a pas la réponse qu'on attendait.

Mme la rapporteure générale. J'ai parlé d'Auchan, mais il ne faut pas se focaliser sur cet exemple. Monsieur Dharréville, ne caricaturez pas mes propos. J'ai bien dit qu'il fallait une régulation, mais pas sous cette forme, parce que ce qui est proposé me semble hypocrite. Vous connaissez la situation, nous avons fait cette mission « flash » ensemble. Il y a des décrets, des arrêtés, des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) pour encadrer la téléconsultation.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Notre mission « flash » portait sur un sujet bien précis : les téléconsultations par abonnement. Les téléconsultations en général

mériteraient des investigations supplémentaires. Vous dites que nos amendements sont hypocrites, mais je peux vous retourner la critique : vous dites qu'il faut réguler, mais vous ne proposez rien.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS210 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 AS1127 de M. Yannick Monnet, AS1635 de M. Thibault Bazin et AS2770 de Mme Anne Bergantz

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). À défaut de régulation, on peut au moins essayer de protéger les patients de facturations abusives. Nous proposons de limiter le reste à charge pour les patients qui recourent à la téléconsultation et d'aligner les conditions de facturation sur celles des consultations en présentiel.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS1635 est défendu.

Mme Anne Bergantz (Dem). Une étude de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes a montré que près d'un quart des opérateurs de télémédecine contrôlés présentaient des anomalies, telles que des défauts d'information, des pratiques commerciales trompeuses ou des pratiques entre opérateurs susceptibles de contrevenir au droit de la concurrence. Cet amendement vise à garantir que l'accès aux téléconsultations médicales reste financièrement soutenable pour les usagers, en spécifiant que la réalisation d'un acte de télémédecine ne peut donner lieu à la facturation à l'usager de frais supplémentaires, de frais d'accès ou de frais de service.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Dans la loi de financement de l'an dernier, nous avons déjà adopté des mesures de régulation : des décrets, des arrêtés et les recommandations de la HAS vont être publiés très prochainement.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). On a vraiment le sentiment que vous repoussez par principe tout ce qui ne vient pas de vous. Si nous proposons des mesures de régulation, c'est parce qu'il y a des abus. Et vous, vous ne proposez rien !

Mme Anne Bergantz (Dem). Je ne suis pas sûre d'avoir bien compris, madame la rapporteure générale : des mesures ont été votées l'année dernière mais les décrets ne sont pas encore sortis, c'est bien cela ?

Mme la rapporteure générale. Dans la loi de financement pour 2023, nous avons effectivement voté des mesures de régulation de la téléconsultation. Des concertations ont eu lieu depuis et des décrets encadrant la téléconsultation devraient paraître. La HAS devrait également faire des recommandations.

La commission rejette les amendements.

La réunion est suspendue de vingt-deux heures trente à vingt-deux heures quarante.

Article 29 : *Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux*

Amendement AS2441 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Si vous le permettez, madame la présidente, je présenterai en même temps mes quatre amendements relatifs à l'article 29.

Cet article concerne une question qui, bien que fondamentale, est encore très peu abordée, à savoir la transition écologique des établissements de santé. L'enjeu est de taille, puisque les émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé représentent plus de 49 millions de tonnes de CO₂, soit 8 % de l'empreinte carbone en France. Il n'est évidemment pas question de réduire la quantité ou la qualité des soins proposés, mais le secteur de la santé doit jouer pleinement son rôle pour répondre aux défis environnementaux et énergétiques auxquels nous faisons face. Il y va de sa capacité à maintenir une offre de soins de qualité et à la hauteur des besoins de la population, dans un contexte d'urgence climatique sans précédent.

Il faut accélérer la rénovation énergétique des bâtiments, dans un contexte d'inflation où les factures énergétiques peuvent peser jusqu'à 10 % du budget d'un établissement. Des mesures d'urgence s'imposent également pour réduire l'empreinte carbone de l'acheminement des médicaments dans les pharmacies. Quand on sait que les grossistes répartiteurs parcourent chaque année 180 millions de kilomètres, ce secteur a lui aussi grandement sa part de responsabilité dans les émissions carbone liées au secteur de la santé.

Nous proposons donc une série de quatre amendements destinés à accélérer la transition écologique dans le secteur de la santé. L'amendement AS2441 propose que les établissements de santé qui participent à l'expérimentation prévue à l'article 29 réalisent une étude de faisabilité sur l'installation de dispositifs visant à réduire leur empreinte carbone, tels que des équipements de protection d'énergies renouvelables. L'amendement AS2440 propose que ces établissements remettent à la fin de l'expérimentation un document mesurant la performance de la gestion des déchets. L'amendement AS2442 propose que le rapport d'expérimentation intègre, plus largement, une réflexion sur les moyens supplémentaires à mettre en œuvre pour réduire significativement l'empreinte carbone des établissements de santé. L'amendement AS2444, enfin, vise à étudier des mesures tendant à réduire la pollution liée à l'acheminement des médicaments en pharmacie, par le biais par exemple d'une obligation pour les grossistes répartiteurs de remettre un bilan carbone annuel ou de fixer un objectif annuel de réduction de l'empreinte carbone.

Mme la rapporteure générale. L'article 29 autorise les établissements de santé à déroger à titre expérimental, pendant deux ans, à l'interdiction de réemployer des dispositifs médicaux à usage unique. Vous proposez dans le présent amendement que les établissements fassent un rapport sur leur transition écologique. Il me semble que ce type de démarche gagnerait à être engagée de manière globale et coordonnée au niveau national. C'est d'ailleurs le sens de la feuille de route pour la planification écologique du système de santé qui a été élaborée sous l'égide du comité de pilotage pour la transition écologique du système de santé par le ministre Firmin Le Bodo.

Les engagements pris à l'occasion du comité de pilotage seront insérés dans une convention de planification écologique dès cet automne, autour de sept axes : bâtiment et maîtrise de l'énergie ; achats durables ; soins écoresponsables ; déchets du secteur ; formation et recherche en transformation écologique ; mobilités durables ; impact environnemental du numérique. Votre amendement étant satisfait, comme les trois suivants, je vous invite à les retirer.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette l'amendement AS2440 de M. Sébastien Peytavie.

Amendement AS348 de M. Jérôme Guedj

M. Elie Califer (SOC). Nous demandons que la HAS rende un avis sur la liste des dispositifs médicaux à usage unique qui feront l'objet de l'expérimentation de recyclage. Dans la rédaction actuelle, le Gouvernement pourrait définir seul, par décret, un périmètre très large pour cette expérimentation. Or il est impératif que des experts scientifiques indépendants puissent se prononcer sur cette question.

Mme la rapporteure générale. La consultation de la HAS et, en son sein, de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts), me semble aller de soi, de même que la concertation avec les établissements de santé et les industriels du secteur, préalablement à l'établissement de la liste.

Votre amendement me semblant satisfait, je vous invite à le retirer.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements AS1822 de Mme Laure Lavalette et AS2442 de M. Sébastien Peytavie.

Amendement AS260 de M. Yannick Neuder

M. Yannick Neuder (LR). J'ai adressé plusieurs courriers au ministre de l'environnement et au ministre de la santé au sujet de la réutilisation des dispositifs médicaux, qui sont restés sans réponse. Je me réjouis donc qu'une expérimentation soit prévue. Au-delà de ce que prévoit l'article 29, certaines mesures pourraient être prises par décret puisque l'Union européenne permet déjà aux ministres de la santé des États membres d'autoriser la réutilisation des dispositifs médicaux. Il a été rappelé que le secteur de la santé représente 8 % de l'empreinte carbone en France.

Afin que les industriels puissent s'adapter à ces bonnes dispositions, nous proposons de reporter leur entrée en vigueur. Nous demandons également qu'un décret en Conseil d'État détermine les critères qui seront pris en compte par la Cnedimts pour l'élaboration de son avis. Enfin, il semble important de préciser dans la loi que ces critères doivent garantir que les conditionnements préservent l'intégralité des fonctionnalités et de la sécurité des produits visés.

J'ajoute que l'article 29 pourrait également prévoir la collecte des métaux précieux qui entrent dans la composition de ces dispositifs, comme le platine ou l'or. Ce serait intéressant à la fois d'un point de vue économique et pour l'environnement.

Mme la rapporteure générale. Il faut concilier deux objectifs : que les dispositifs soient bons pour l'environnement et qu'ils soient sûrs pour les patients. L'objectif de cette expérimentation n'est pas de tirer un rendement de la remise prévue, mais d'inciter à des comportements vertueux.

Avis défavorable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Cet article non seulement a une vertu environnementale, mais nous permettra d'être mieux armés face à une nouvelle pandémie. Pendant la covid-19, les dispositifs médicaux ont été indispensables à toutes les étapes de la fabrication des vaccins – traitement du virus, inactivation, conditionnement, injection. Nous avons alors connu une pénurie de plastique et cet article doit nous éviter de revivre une telle situation.

M. Yannick Neuder (LR). Madame la rapporteure générale, je vous trouve un peu dure, car nos amendements me semblent plutôt aller dans votre sens. Nous avons pris une part importante à l'élaboration de cet article et j'estime que vous auriez au moins pu émettre un avis de sagesse sur cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1784 de Mme Laure Lavalette

Mme Laure Lavalette (RN). Nous demandons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport portant sur les remises que l'exploitant devra verser en cas d'inscription sur la liste des produits et prestations d'un produit de santé présentant un conditionnement inadapté ou dont l'utilisation est génératrice de déchets de soins supplémentaires ou de gaspillage par rapport à la prise en charge existante. Ce rapport doit notamment permettre d'évaluer la soutenabilité de cette disposition pour les exploitants.

L'article 29 pose la question du renouvellement du marquage CE. La mise sur le marché des dispositifs médicaux s'effectue dans un cadre réglementaire européen. La directive 93/42/CEE décrit les exigences de sécurité et de performances ainsi que les modalités de mise sur le marché qui s'imposent aux fabricants. Le fabricant doit constituer un dossier technique démontrant la qualité et la sécurité du dispositif et apposer le marquage CE sur les produits qu'il certifie après vérification de leur conformité aux exigences de la directive. S'il faut changer le conditionnement, il faudra changer le marquage CE, ce qui risque de prendre des années car on manque d'organismes de certification. Cet encombrement pourrait donc aggraver les pénuries existantes.

Il est demandé aux exploitants de nettoyer, désinfecter et stériliser et de s'assurer des caractéristiques techniques et fonctionnelles du dispositif, de remettre le tout sous emballage et de financer ainsi une toute nouvelle chaîne de retraitement sans contrepartie. Le Gouvernement semble décidé à ramener la France vers la souveraineté industrielle et Emmanuel Macron a présenté le 13 juin un plan de relocalisation pour l'entreprise du médicament. Mais nous devons nous assurer que les remises imposées ne seront pas trop contraignantes et ne dissuaderont pas les industriels qui auraient envie de s'installer en France de le faire.

Mme la rapporteure générale. Le délai de six mois pour la remise de ce rapport est beaucoup trop court. Mais sur le fond, votre demande est satisfaite puisque c'est une expérimentation qui est prévue, qui donnera lieu à une évaluation : on pourra donc s'assurer de l'efficacité du mécanisme des remises.

Demande de retrait, ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** ensuite l'amendement AS2444 de M. Sébastien Peytavie.*

Puis elle adopte l'article 29 non modifié.

Article 30 : Inciter au recours aux transports partagés

Amendements de suppression AS169 de M. Jérôme Guedj, AS938 de M. Pierre Dharréville, AS1583 de M. Thierry Frappé, AS1830 de Mme Laure Lavalette et AS2756 de Mme Joëlle Mélin

M. Joël Aviragnet (SOC). Il est peu probable que l'introduction d'un malus sur le remboursement des frais de transport sanitaire dans le cas où le patient aura refusé un transport partagé produise les économies escomptées. Pour que deux personnes aient besoin d'une ambulance au même moment et au même endroit, il faut une forte concentration de population. En tout cas, c'est très improbable à la campagne. Et il me semble que lorsque c'est possible, cela se fait déjà.

Si vous voulez faire des économies, nous avons des idées à vous soumettre, comme l'introduction d'une CSG progressive ou l'abrogation des exonérations de cotisations, qui pèsent 18 milliards d'euros sur la seule branche maladie.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Cet amendement relaie les préoccupations formulées notamment par France Assos Santé. C'est toujours la même histoire ; c'est toujours aux mêmes qu'on demande de faire des efforts et à qui on fait payer les difficultés de la sécurité sociale, parce qu'on ne s'est pas donné les moyens de la financer correctement. Avec cet article, vous voulez ajouter des soucis à des gens qui ont déjà des problèmes de santé. Avant de décider d'une telle mesure, qui est tout de même très contraignante et qui peut être pénalisante, il paraîtrait plus utile de réformer l'offre de transport sanitaire, en réduisant les inégalités territoriales et en se penchant sur son financement et sur les situations de monopole. C'est sans doute un sujet auquel il faut réfléchir, mais je ne crois pas que vous le preniez par le bon bout.

M. Thierry Frappé (RN). Nous demandons la suppression de l'article 30 parce qu'il risque de remettre en cause le secret professionnel. Bien que les entreprises de transport sanitaire et les entreprises de taxis conventionnés soient tenues de le respecter, elles auront du mal à le faire si elles transportent plusieurs patients dans le même véhicule.

Mme Laure Lavalette (RN). Je crains qu'une fois encore les patients malades ou handicapés ne subissent les choix idéologiques d'un gouvernement qui cherche à faire des économies sur leur dos. Vous ne cherchez pas à inciter les patients à prendre des transports partagés mais à les punir s'ils ne choisissent pas d'y recourir, en laissant à leur charge la différence avec le coût du transport individuel, sans possibilité de remboursement par les assurances complémentaires. Les associations que nous avons auditionnées nous ont toutes dit qu'elles souhaitent continuer de bénéficier d'un transport individuel. Ce transport partagé peut aggraver le non-recours aux soins, en allongeant les temps de trajet, notamment dans les déserts médicaux, et en créant de nombreux retards. Comme le disait Joël Aviragnet, ce sera également très compliqué dans les zones rurales.

Qui plus est, cela met à mal la vie privée du patient. Si les transports partagés ont vocation à récupérer plusieurs patients dans une même zone, vous serez peut-être avec votre voisin avec lequel vous n'avez pas du tout envie de parler du rash vaginal dont il a été question tout à l'heure. De nombreuses familles et associations nous ont aussi fait part de leurs craintes quant à certains patients souffrant de maladies neurodégénératives, comme celle d'Huntington, qui cause une forte anxiété.

Tout cela ressemble bien à l'ubérisation de la société dont vous avez envie. Nous disons non à cet Uber Pool de la santé.

Mme Joëlle Mélin (RN). La répétition est l'arme de la politique, alors je le redis : cette mesure est d'abord une atteinte sanitaire. Dès lors qu'il y a des maladies infectieuses avec des temps d'incubation, il est dangereux d'être dans un lieu clos – peut-être que le chauffeur sera protégé, mais pas les personnes à l'arrière. C'est aussi une façon de bafouer le secret professionnel – la seconde personne n'a pas besoin de savoir où la première a été déposée. Il sera impossible de respecter les horaires. Il y aura un surcroît de pénibilité pour des personnes âgées, fatiguées ou qui vont subir des soins lourds comme des radiothérapies. Enfin, ce n'est que la sacralisation, l'institutionnalisation de ce qui était jusqu'alors une pratique frauduleuse. Il est tout de même extraordinaire que ce qui était hier la fraude et qui a été pointé du doigt par la Cour des comptes devienne la règle. C'est vraiment l'exemple typique de la très mauvaise idée.

Mme la rapporteure générale. Je ne comprends pas ces amendements de suppression. Le premier objectif est de réduire l'impact environnemental des transports sanitaires. Ensuite, il est bien spécifié qu'il s'agit d'une incitation. Pour les malades dont vous parlez, madame Lavalette, il n'y aura évidemment pas d'obligation, puisque cela dépend d'une prescription : je remplis des bons de transport tous les lundis matin, il y a une case pour préciser si le transport peut être partagé ou non.

Il y a des patients qui demandent à prendre des transports partagés. J'ai fait un bon à un couple de patients pour aller de la même maison au même hôpital à la même heure, et le transporteur a décidé de faire deux trajets ! Il y a aussi des patients qui ont des rendez-vous itératifs, pour des dialyses ou des séances de rééducation. Quand vous allez dans un centre de rééducation pour votre genou, c'est parfois plus agréable d'être en covoiturage et je n'y vois pas de risque infectieux grave.

Certes, cela permet aussi une maîtrise des coûts, les transports représentant une dépense importante pour la sécurité sociale. Cela améliore aussi la réponse aux besoins de transport, puisque beaucoup de territoires en manquent. Il n'y a pas de raison de ne pas avoir envie de cet article.

Avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Vous savez bien qu'un certain nombre de patients n'ont pas de médecin traitant. Bien souvent, la relation qui lie le médecin au patient n'existe pas. Encore, si vous en faisiez une option ! Mais non, vous sanctionnez. Cette disposition en dit long sur votre vision de la santé, complètement déshumanisée. La question du transport est fondamentale dans l'accès aux soins. Il y a des patients en ALD qui demandent à avoir toujours le même transporteur parce qu'une relation de confiance s'est établie. Il faut le prendre en compte !

M. Jean-François Rousset (RE). À mon sens, c'est plutôt une vision humanisée. Je connais plein de gens qui ont envie de faire du covoiturage, y compris pour aller en consultation. Dans mon territoire très rural, les ambulanciers ont du mal à recruter et trouvent ridicule d'être obligés d'envoyer deux chauffeurs et deux voitures au même endroit à la même heure. On peut prendre le problème à l'envers et contredire tous les arguments mais pour moi, cela va dans le bon sens. Plus les gens partagent leur vie, mieux la société se porte.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1584 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). Cet amendement vise à favoriser le transport partagé, mais à condition qu'il reste optionnel. Si un patient est volontaire pour y recourir, il verra ses frais de transport pris en charge après application d'un coefficient de minoration du prix.

Mme la rapporteure générale. Cet article est l'occasion de redire que les transports ne sont pas un droit dans tous les cas. La sécurité sociale est une responsabilité collective et chacun doit œuvrer à préserver nos droits. Lors des consultations, certains demandent avec insistance des bons de transport alors qu'ils n'habitent pas loin ou sont tout à fait capables de rentrer par eux-mêmes. Si l'on veut continuer à bénéficier de transports remboursés par la sécurité sociale, il faut les réserver à ceux qui en ont besoin.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Beaucoup de gens savent que ce n'est pas un droit, dans la mesure où ils n'y ont pas accès. Je suis favorable à ce que l'on essaie d'encourager ce type de démarche. L'exemple du couple que vous avez cité relevait du bon sens. La logique voudrait que cela se passe comme vous l'avez dit. Mais le problème, c'est que vous le prenez immédiatement sous l'angle de la sanction.

Mme Laurence Cristol (RE). Tous les lundis, tous les vendredis, je fais aussi des bons de transport. Nous pouvons être fiers de notre système de protection sociale, qui permet à tout un chacun, handicapé, invalide, loin des centres hospitaliers, de bénéficier d'un transport sanitaire. Pour le préserver, il faut continuer à le structurer et à l'encadrer. Je rappelle que le bon de transport est une prescription médicale : le médecin évalue si la personne a besoin d'un transport allongé, assis, partagé ou autre. Cette prescription est en accord avec l'état du patient. Il est évidemment précisé qu'on ne recourra pas au transport partagé pour les personnes en longue maladie ou pour qui ce n'est pas adapté. L'article protège le patient.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS848 de Mme Sandrine Rousseau

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'amendement prévoit que le transport partagé ne puisse rallonger le temps de trajet de plus de 45 minutes. Le risque de votre disposition est de créer des services publics de santé à deux vitesses entre ceux qui ont les moyens d'avancer les frais de transport et seront chez eux dans un temps respectable et ceux qui ne l'ont pas et devront subir un temps de trajet déraisonnable.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Exceptionnellement, je ne serai pas en accord avec mon collègue. Ayant été au siècle dernier chauffeure-ambulancière, je sais que les transporteurs sont parfois détournés vers un accident de la voie publique et que le patient doit hélas attendre après sa consultation, et même longtemps. De ce point de vue, l'amendement poserait problème. Quand on explique à nos patients en chimiothérapie ou en dialyse que l'on a eu une urgence vitale avant eux, ils ne nous en veulent pas. D'ailleurs, ils ne sont pas forcément opposés à l'idée d'être deux ou trois dans la voiture : j'ai connu des copines de dialyse, de chimio ou de radiologie qui voulaient absolument être ensemble ! Parfois, on fait même des détours pour les ramener chez elles après le café...

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS789 de M. Jérôme Guedj, AS939 de M. Yannick Monnet, AS1636 de M. Thibault Bazin et AS2455 de M. Sébastien Peytavie

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS789 de repli, travaillé avec APF France handicap, vise à exclure des pénalités les personnes à risque de développer des formes graves de covid et à préciser les conditions de confort, d'hygiène et de durée de trajet requises pour le bon déroulement du transport partagé. Les personnes qui sont atteintes de covid ont déjà une première sanction, pourquoi une seconde ? C'est une question de sensibilité. Il faut penser aux personnes. Les personnes fragiles préfèrent voyager seules. Ma mère, âgée, préférerait un certain chauffeur, sans quoi elle ne bougeait pas de la maison. Il faut entendre cela et donner une petite souplesse.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Votre article s'inscrit dans la suite logique de la culpabilisation du patient. On dit aux gens que c'est de leur faute s'il y a un trou de la sécu et qu'ils doivent faire des efforts. Mais ce que vous oubliez, c'est que beaucoup de gens ne prennent pas de véhicule sanitaire léger (VSL) à cause d'une forme de stigmatisation. Beaucoup préfèrent se rendre à leurs soins en voiture personnelle parce que prendre un VSL, c'est dire qu'ils sont malades. Vouloir faire des économies sur ce sujet est affligeant. Le jour où l'on n'aura plus à se préoccuper que de ce problème, c'est que la sécurité sociale ira bien ! On se croirait revenu au temps d'une droite dure, avec des textes déshumanisés. C'est vraiment un mauvais état d'esprit.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS1636 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Il faut mettre des garde-fous. Il est évident que des personnes avec des maladies chroniques ou en situation de handicap doivent être exclues du dispositif. Il y a des fragilités à prendre en considération, à commencer par le risque de développer une forme grave du covid.

Mme la rapporteure générale. Les garde-fous existent, puisque le bon de transport est rédigé par le médecin. Monsieur Califer, le médecin de votre maman ne l'aurait pas forcée à prendre un transport partagé. Mais en consultation, j'ai aussi des patients qui refusent le transport partagé par principe, parce que c'est un droit – et c'est très régulier. La décision appartient au médecin, qui ne va certainement pas prescrire un transport partagé à un malade à fort risque covid.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Malheureusement, les médecins méconnaissent souvent les risques liés au handicap – les préjugés fonctionnent dans les deux sens. C'est pourquoi il nous semble utile d'apporter ces précisions à l'article.

Mme Anne Bergantz (Dem). Je répète que les bons de transport sont des prescriptions des médecins. Faisons-leur confiance. Ils tiennent évidemment compte de l'état de santé des patients.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS349 de M. Jérôme Guedj

M. Joël Aviragnet (SOC). C'est un amendement de repli visant à informer le patient qu'un reste à charge lui sera imposé en cas de refus du transport partagé. C'est un minimum, pour que la personne puisse éventuellement revenir sur son choix.

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait ou avis défavorable, car dans les faits, votre amendement est satisfait.

M. Yannick Monnet (GDR - NUPES). Vous légiférez comme si chaque patient avait un médecin traitant avec lequel il entretenait une relation de confiance. Mais ce n'est plus le cas. Dans ma circonscription, 8 000 personnes n'ont pas de médecin traitant. Il leur faudra passer par des téléconsultations, au cours desquelles cette question ne sera pas traitée correctement.

M. Nicolas Turquois (Dem). Jusqu'alors, c'est plutôt le transport individuel qui était privilégié. Qu'il y ait une information pour que les gens s'approprient ce nouveau principe aurait du sens. Il y a peut-être une raison technique qui ne permet pas d'adopter l'amendement, mais il pourrait être utile, ne serait-ce que pour que les gens se rendent compte que ces transports ont un coût pour la sécurité sociale. Cela favoriserait peut-être le développement du transport partagé.

Mme la rapporteure générale. Ce point ne relève pas de la loi mais du règlement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 30 non modifié.

Après l'article 30

Amendements AS2459 de M. Sébastien Peytavie et AS251 de M. Max Mathiasin (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Le refus des transporteurs de respecter leur mission d'accompagnement des patients pour lesquels les trajets sont directement pris en charge par la sécurité sociale porte atteinte à l'accès aux soins des personnes malades et en situation de handicap. Face à cette injustice grave, le groupe Écologiste rappelle que l'article L. 1110-1 du code de la santé publique garantit l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé. L'article L. 1110-3 précise quant à lui qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Les transporteurs, taxis ou VSL invoquent de leur côté des difficultés liées au manque de personnel ou de moyens qui les obligent à prioriser certaines demandes. Ce tri des patients selon leur pathologie est insupportable. Le recours au transport sanitaire prescrit par un médecin et pris en charge par la sécurité sociale est un droit. La logique de rentabilité ne peut prévaloir sur l'accès aux soins.

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS251 veut répondre à un problème qui se pose depuis plusieurs années dans le transport des personnes à mobilité réduite. Actuellement, du fait des contraintes propres à nos territoires ultramarins, les entreprises de transport de personnes à mobilité réduite sont autorisées à transporter des personnes malades, blessées ou handicapées à la place d'un transporteur sanitaire. Nous souhaitons que ces conditions d'activité soient pérennisées sous leur forme actuelle, ces sociétés n'ayant pas les moyens d'investir dans des ambulances.

Mme la rapporteure générale. Je demanderai le retrait des amendements sur les expérimentations concernant les transports sanitaires. L'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires a été signé en avril dernier et comporte des mesures qui permettront d'améliorer la réponse aux besoins des patients.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Bonne nouvelle, nos débats sont suivis ! Je viens de recevoir trois messages pour alerter sur le fait que les aidants rencontrent de plus en plus de difficultés pour accompagner leur proche dans les transports sanitaires. Nous pourrions travailler ensemble à un amendement pour la seconde lecture. Trois messages ce soir, cela montre qu'il y a un vrai problème.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS250 de M. Max Mathiasin

M. Elie Califer (SOC). L'amendement vise, à titre expérimental, à prévoir un cadre juridique propre aux entreprises de transport de personnes à mobilité réduite de la Guadeloupe et le remboursement des frais de transport aux usagers. La reconnaissance dans la loi de la situation du système de transport sanitaire de la Guadeloupe n'entraînerait aucune remise en cause de la position des sociétés d'ambulance ou de taxis, tout en répondant de manière sécurisée et pérenne aux besoins de la population. Un grand nombre de sociétés de transport de personnes à mobilité réduite souhaiteraient pouvoir poursuivre leur activité sous un régime juridique propre, adapté à la structuration du système sanitaire en Guadeloupe. Nous devons prendre en compte la réalité des territoires.

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

La commission rejette l'amendement.

Chapitre III – Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants

Article 31 : Rénovation du modèle de financement de l'Établissement français du sang

Amendement AS1442 de M. Jérôme Guedj

M. Joël Aviragnet (SOC). C'est une demande de rapport qui porte sur l'opportunité de sortir l'Établissement français du sang d'un financement assuré par le biais du sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie intitulé « Autres prises en charge ». À la place, il y aurait un article dédié du PLFSS de l'année, comportant les prévisions de recettes et de dépenses. Les parlementaires seraient ainsi mieux informés et pourraient proposer des amendements.

Mme la rapporteure générale. L'article permet de transformer le financement de l'Établissement français du sang, dont le président a souvent été auditionné dans notre commission. Vous connaissez leurs attentes. C'est un amendement positif pour eux. Nous pourrions l'évaluer lors du Printemps de l'évaluation.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 31 non modifié.

Article 32 : Préparations officinales spéciales en cas de pénuries

Amendement AS2460 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'hiver dernier a été marqué par des tensions inédites d'approvisionnement en amoxicilline et en paracétamol, notamment s'agissant des formes pédiatriques de ces médicaments essentiels. Au printemps, des tensions sur les pilules abortives sont apparues. Je ne prolonge pas l'énumération.

Avec cet amendement, notre groupe appelle à entamer au plus vite une réflexion sur la création d'un pôle public du médicament pour mettre fin à la gestion privée du marché du médicament. Il s'agit de réorienter notre politique vers un objectif : garantir notre souveraineté sanitaire, afin d'assurer l'accès aux soins pour tous.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

M. Louis Boyard (LFI - NUPES). Notre groupe votera bien entendu en faveur de cet amendement. Il est proposé de créer un pôle public du médicament pour assurer leur production sur notre territoire et faire face à la situation persistante de pénurie, sur laquelle on n'avance pas. Pourriez-vous détailler les arguments qui vous conduisent à vous y opposer ?

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 32 non modifié.

Article 33 : *Renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement*

Amendement de suppression AS170 de M. Jérôme Guedj

M. Elie Califer (SOC). Nous demandons la suppression de cet article car il ne faut pas faire peser la responsabilité des ruptures d'approvisionnement sur les pharmacies – et *in fine* sur les patients – alors que ce sont les entreprises pharmaceutiques qui en sont à l'origine. Il convient d'imposer des contraintes sévères à ces entreprises pour qu'il n'y ait pas de ruptures d'approvisionnement.

Mme la rapporteure générale. Cet article prévoit des mesures nouvelles pour faire face aux pénuries de médicaments et il convient plutôt de le soutenir. Parmi les mesures proposées figure notamment la délivrance des médicaments à l'unité en cas de pénurie. Je ne vois pas en quoi ces dispositions mettraient les patients en difficulté. Il s'agit au contraire de garantir l'accès aux médicaments.

Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). En réalité, les pénuries s'aggravent et vous êtes conduits à prendre des mesures qui posent problème, car elles reposent sur des contraintes nouvelles pour les patients.

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française publié en juillet dernier formule un certain nombre de propositions. J'espère que certaines d'entre elles seront reprises. Je ne sais pas si la création d'un pôle public du médicament en fait partie, mais la situation actuelle de pénurie nous impose de faire quelque chose.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis un peu surpris qu'on veuille supprimer cet article de bon sens. Il est évidemment nécessaire de créer les conditions qui nous permettent de ne plus être confrontés à des pénuries de médicaments. Cela passe par la réimplantation d'usines en France et par la constitution de stocks. Tout cela relève d'une politique de long terme. Mais, dans le cas où nous devrions malgré tout faire face à une pénurie, il faut pouvoir s'organiser en conséquence – ce qui peut par exemple conduire le pharmacien à couper une plaquette de médicaments pour satisfaire deux patients plutôt qu'un.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS48 de M. Yannick Neuder et AS804 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Il s'agit de tenir compte, selon une recommandation de la Fédération hospitalière de France, des différences qui existent entre les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur (PUI) dans un contexte de pénurie. Si les premières ne disposent que de stocks limités, compte tenu de leurs délais

d'approvisionnement, de leur répartition sur le territoire et de leurs modalités de dispensation, les PUI sont pour leur part tenues de sécuriser la dispensation des produits de santé pour des patients dont les pathologies sont plus lourdes, avec des prescriptions plus diverses et des délais d'approvisionnement plus longs.

Mme la rapporteure générale. Pour revenir sur la discussion précédente, la proposition de créer un pôle public du médicament figurait bien dans le rapport de la commission d'enquête du Sénat, monsieur Dharréville, et dans d'autres.

Les amendements identiques sont satisfaits, puisque l'article prévoit un décret en Conseil d'État qui permettra de tenir compte des différences entre les PUI et les officines.

Demande de retrait ou avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Cet article comporte des aspects intéressants en matière de lutte contre le gaspillage ou contre la résistance aux antibiotiques, par exemple si ces derniers ne sont délivrés qu'après un test rapide d'orientation diagnostique (TroD). Mais je m'interroge sur ce qui a été envisagé concrètement si les médicaments ne sont plus remis au patient en boîte. Qu'en est-il de la traçabilité, et qu'est-il prévu pour les notices d'utilisation ? Cela devient une sacrée usine à gaz pour les pharmaciens, à qui l'on en demande de plus en plus. Ils n'y sont d'ailleurs pas forcément opposés, mais comment tout cela va-t-il être organisé ?

La commission rejette les amendements.

Amendements identiques AS898 de Mme Josiane Corneloup et AS1564 de M. Thierry Frappé

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS898 est défendu.

M. Thierry Frappé (RN). Je retire mon amendement.

Mme la rapporteure générale. L'amendement vise à supprimer la délivrance à l'unité, qui pourra être rendue obligatoire par un arrêté du ministre, en cas de pénurie et pour certains médicaments.

La délivrance à l'unité existe déjà. Je reconnais que cette mesure complexifiera les choses pour les pharmaciens, mais elle n'est prévue qu'en cas de pénurie et est absolument nécessaire pour garantir l'accès aux médicaments.

Avis défavorable.

L'amendement AS1564 étant retiré, la commission rejette l'amendement AS898.

Amendements identiques AS350 de M. Jérôme Guedj et AS2462 de M. Sébastien Peytavie

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement AS350 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Nous nous opposons à la faculté d'interdire la prescription par un acte de télémedecine de certains médicaments en situation de pénurie. Cette disposition nuit directement aux personnes qui sont privées d'un accès rapide à un

médecin en présentiel, alors qu'elles ne sont nullement responsables de la pénurie de médicaments. Cela pose assurément un problème quand on sait 30 % de la population vit dans un désert médical et que 6 700 000 personnes n'ont pas de médecin traitant.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Certains traitements sont tout de même une question de survie. Or la liste des médicaments concernés est longue comme le bras. En tant que membre du conseil d'administration de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), je suis en permanence la liste des médicaments en pénurie : beaucoup d'entre eux sont vitaux et le fait qu'ils soient ou non prescrits à distance n'y change rien.

J'ai du mal à comprendre l'intérêt de cette mesure. On ne peut pas savoir à l'avance quels sont les médicaments qui manqueront. Si c'est celui qui vous sauve la vie, il ne pourra plus être prescrit à l'occasion d'une téléconsultation ? Je ne vois pas le lien.

Et, encore une fois : qu'en est-il des notices et de la traçabilité des médicaments en cas de délivrance à l'unité ?

Mme la rapporteure générale. On sait que les antibiotiques sont davantage prescrits en l'absence de Trod. Or ce test ne peut pas être réalisé dans le cas d'une téléconsultation. La mesure est donc destinée à faire face aux pénuries d'antibiotiques, comme le précisent bien les annexes du projet de loi.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS1296 de M. Elie Califer

M. Elie Califer (SOC). Nous comprenons qu'il soit nécessaire de limiter la prescription de médicaments en période de pénurie, mais l'interdire dans le cadre de la téléconsultation peut être mal perçu par ceux dont la mission est de soigner. C'est la raison pour laquelle cet amendement propose de supprimer cette possibilité d'interdiction.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES). Les ruptures d'approvisionnement en cortisone sont fréquentes. Va-t-on interdire aux médecins d'en prescrire ?

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS2853 de Mme Stéphanie Rist

Mme la rapporteure générale. Cet amendement autorise l'ANSM à prendre des décisions de police sanitaire en cas de rupture d'approvisionnement, ce qui permet notamment de limiter la vente directe aux officines.

La commission adopte l'amendement.

Amendements identiques AS1122 de Mme Josiane Corneloup et AS2768 de Mme Anne Bergantz

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS1122 est défendu.

Mme Anne Bergantz (Dem). Le code de la santé publique prévoit qu'en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient, le pharmacien peut dispenser un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite. L'amendement propose d'élargir cette possibilité aux cas de rupture d'approvisionnement de médicaments, afin d'assurer la continuité des soins des patients.

En pratique, lorsque le patient se rend à la pharmacie, le pharmacien constate la rupture d'approvisionnement, contacte le médecin, qui lui demande quels sont les médicaments équivalents en stock, et délivre ensuite le médicament choisi. Mais le médecin n'est parfois pas joignable, ce qui oblige le patient à revenir. Ce qui est proposé par l'amendement permet d'éviter des pertes de temps pour tout le monde.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). L'idée n'est pas idiote, mais les médecins sont les premiers à préciser que tel ou tel médicament est substituable. Il est très important de maintenir cette pratique, parce que si cela n'est pas indiqué, c'est qu'il existe de bonnes raisons d'avoir choisi une molécule plutôt qu'une autre. Toute substitution doit être validée par le médecin qui suit le patient.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

Après l'article 33

Amendement AS906 de Mme Josiane Corneloup

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

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

Amendement AS19 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 AS899 de Mme Josiane Corneloup

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

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

Article 34 : *Facilitation de l'ajout d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical*

Amendement AS559 de M. Philippe Juvin

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

Mme la rapporteure générale. Demande de retrait.

Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES). Il convient de souligner qu'en permettant aux entreprises exploitant des dispositifs médicaux de déposer directement une évaluation d'actes médicaux auprès de la HAS, cet article permet de contourner les conseils nationaux professionnels, les associations de patients et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cela fait quand même beaucoup. L'enjeu est à la fois technique et de santé publique. Cet article n'est vraiment pas une bonne idée.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 34 non modifié.

Après l'article 34

Amendement AS1575 de M. Thierry Frappé

M. Thierry Frappé (RN). L'amendement demande au Gouvernement un rapport sur les besoins en matière de ressources humaines qu'engendrera l'article 34 pour la HAS. Les tâches d'évaluation supplémentaires qui lui sont ici confiées s'ajoutent au volume déjà conséquent des dossiers qu'elle traite.

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

Article 35 : *Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants*

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette successivement les amendements identiques AS2464 de M. Yannick Monnet et AS2473 de M. Sébastien Peytavie, puis les amendements identiques AS2828 de M. Sébastien Peytavie et AS2833 de M. Yannick Monnet, l'amendement AS643 de M. Yannick Neuder, les amendements identiques AS2827 de M. Sébastien Peytavie et AS2832 de M. Yannick Monnet, les amendements identiques AS2826 de M. Sébastien Peytavie et AS2831 de M. Yannick Monnet, les amendements identiques AS2825 de M. Sébastien Peytavie et AS2830 de M. Yannick Monnet, et enfin les amendements identiques AS2824 de M. Sébastien Peytavie et AS2829 de M. Yannick Monnet.

Puis elle adopte l'article 35 non modifié.

Après l'article 35

Amendement AS912 de Mme Josiane Corneloup

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

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

Article 36 : *Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures*

Amendement AS351 de M. Jérôme Guedj

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement est défendu.

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

Amendement AS2474 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). L'amendement propose de fixer à six mois au lieu de neuf le délai maximal dont dispose une entreprise pour remettre à l'ANSM le rapport faisant le bilan des actions engagées pour rechercher un repreneur.

Mme la rapporteure générale. Le dispositif prévu par cet article est progressif et équilibré. Le délai de neuf mois est indicatif et n'interdit pas des échanges et un accompagnement par les autorités avant son expiration.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS2477 de M. Sébastien Peytavie et AS352 de M. Jérôme Guedj (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Mon amendement prévoit d'instaurer une sanction financière à l'égard des entreprises qui n'ont pas été capables de retrouver un repreneur après avoir suspendu la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur.

M. Joël Aviragnet (SOC). L'amendement AS352 propose qu'en cas d'absence de repreneur d'une entreprise qui va cesser la production d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur, cette entreprise doit continuer à le produire pendant une durée permettant d'assurer la sécurité d'approvisionnement. En effet, l'article prévoit qu'en cas d'absence de repreneur, l'entreprise doit concéder à titre gracieux l'exploitation du médicament à une personne publique. Cette unique voie de sortie n'est pas forcément envisageable en pratique, notamment si aucune personne publique n'est capable de reprendre la production dudit médicament.

Mme la rapporteure générale. Ces propositions entraîneraient une censure de cet article, comme cela a été le cas pour les dispositions comparables de la loi « Florange ».

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendements AS2481 et AS2480 de M. Sébastien Peytavie (discussion commune)

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Depuis plusieurs années, les pénuries de médicaments s'accroissent et placent notre pays dans une situation de tension sanitaire permanente. Elles peuvent concerner aussi bien l'amoxicilline que les pilules abortives ou les traitements de pathologies cardiovasculaires. Pour mieux prévenir les pénuries, ces amendements imposent aux titulaires d'une autorisation de mise sur le marché de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur de rendre publique la liste de ces derniers.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable. Cela ne me paraît pas nécessaire, puisque le Gouvernement a publié en juin une liste des médicaments essentiels.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 36 non modifié.

Après l'article 36

Amendement AS2149 de M Damien Maudet

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je veux alerter sur la déconnexion croissante entre le coût de production des médicaments et leur prix d'achat par la sécurité sociale.

Cela peut se constater pour beaucoup de produits. Ainsi, la production de 400 milligrammes d'ibuprofène revient à 5 centimes pour un prix de vente de 1,55 euros. Pour l'amoxicilline, le coût de production est de 1,3 centime pour 500 milligrammes et le prix de vente de 1,53 euros.

Le coût réel de production – rémunération des salariés, investissements, recherche et développement – ne correspond donc absolument pas au prix facturé à la sécurité sociale. Cela résulte d'un rapport de force déséquilibré, lié à l'absence de transparence sur l'ensemble de la chaîne de valeur.

L'amendement propose donc d'imposer aux producteurs et aux laboratoires pharmaceutiques de dire enfin ce qu'il en est du coût de chaque étape de production, afin de pouvoir négocier dans des conditions plus équilibrées et de faire baisser les prix des médicaments.

Mme la rapporteure générale. Nous sommes tous partisans d'une plus grande transparence. En revanche, je ne suis pas favorable à un alourdissement du processus. Il est déjà encadré, les exploitants devant démontrer qu'ils se conforment à des conditions restrictives. Votre amendement risquerait de pénaliser les patients en retardant l'accès au médicament.

Avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Je suis un peu étonné par votre réponse, car le Président de la République s'est engagé auprès de l'Organisation mondiale de la santé à promouvoir la transparence du prix des produits de santé. L'amendement lui permet de tenir ses propres promesses.

Deuxièmement, on ne peut pas dire qu'imposer la transparence risquerait d'avoir un effet sur la production et de pénaliser les patients. La Suisse rencontre les mêmes pénuries d'amoxicilline que nous, alors que ce médicament y est vendu cinq fois plus cher qu'en France.

Les évolutions des prix tiennent avant tout à la position de monopole privé qu'ont acquise certains laboratoires pharmaceutiques, et au fait que la sécurité sociale est assez gentille pour leur acheter leurs produits à un prix excessif.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS904 de Mme Josiane Corneloup

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

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

Amendements AS2142 et AS2144 de M Damien Maudet (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). Il s'agit de répondre aux difficultés liées aux délocalisations et au développement insuffisant des industries pharmaceutiques en France.

Lorsqu'une entreprise de ce secteur ferme, on lui applique le droit commun – plan social, tentative de reprise, etc. Nous proposons de considérer que les biens de santé, dont les médicaments, ne sont pas des produits comme les autres, parce qu'ils sont vitaux et constituent un bien commun.

L'amendement AS2142 impose donc à l'État, si un site de production est menacé de fermeture, de rechercher des solutions alternatives pour maintenir la production en France. Il doit chercher un repreneur et disposer à ce titre d'un droit de préemption. Bref il s'agit de garantir que la production reste en France. C'est évidemment un premier pas vers un pôle public du médicament que nous appelons de nos vœux.

L'amendement AS2144 va un peu plus loin. Il conjugue l'utile à l'agréable en proposant en dernier recours de nationaliser le site concerné. Nous pourrions le retirer si vous donniez un avis favorable au premier : nous sommes ouverts à la discussion.

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

Amendement AS2486 de M. Sébastien Peytavie

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). On estime que 70 % des maladies rares débutent pendant l'enfance. Elles constituent la première cause de maladie grave et chronique chez l'enfant, la première cause de handicap et la première cause de décès.

Dans 90 % des cas, il n'existe pas de traitement curatif. Il n'empêche que les enfants doivent souvent suivre de lourds traitements médicamenteux pour soulager les symptômes, ralentir l'évolution de la maladie ou améliorer leur qualité de vie. La majorité de ces traitements sont des spécialités dont l'autorisation de mise sur le marché a été donnée pour l'adulte, avec une forme galénique adaptée ce dernier.

Cet amendement, proposé par France Assos Santé, vise à permettre aux pharmaciens d'adapter ou de modifier la prescription d'une spécialité pharmaceutique dont la dose ou la forme galénique n'est pas adaptée à un usage pédiatrique, si aucune autre solution thérapeutique n'est disponible.

Mme la rapporteure générale. Avis défavorable.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). Pour avoir travaillé trente-cinq ans dans une pharmacie, je peux vous assurer que la plupart des médicaments se sont adaptés, au niveau

galénique, aux nourrissons et aux enfants. De nombreuses spécialités existent sous forme de comprimés dispersibles, pouvant être dissous dans l'eau et versés dans un biberon. Cet amendement ne me semble donc pas utile.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS2793 de M. Nicolas Turquois

M. Nicolas Turquois (Dem). Cet amendement un peu technique vise à éviter les pénuries de médicaments.

Lorsque le brevet d'un médicament tombe dans le domaine public, ce sont souvent des fabricants étrangers qui prennent le relais, chacun d'eux occupant 2 % ou 3 % du marché. En cas de pénurie, aucun d'eux n'est capable de produire suffisamment pour approvisionner les officines dans les quantités nécessaires. Certains industriels français proposent qu'une fois tombé dans le domaine public, le princeps, c'est-à-dire le médicament d'origine, voie son prix ramené à celui des génériques : le pharmacien n'aurait donc plus d'obligation de substitution. Les laboratoires nationaux conserveraient ainsi une part de marché plus importante et seraient plus susceptibles de faire face à une éventuelle pénurie.

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

Amendements AS2323 de Mme Annie Vidal et AS35 de M. Philippe Juvin (discussion commune)

Mme Annie Vidal (RE). Afin de favoriser l'entrée sur le marché des médicaments biosimilaires, mon amendement vise à les faire bénéficier d'un dispositif de substitution, à l'instar de ce qui existe déjà pour les génériques. Cette proposition rejoint la position de l'Agence européenne des médicaments.

M. Yannick Neuder (LR). L'amendement AS35 est défendu.

Mme la rapporteure générale. Cela relève du domaine réglementaire. Avis défavorable.

L'amendement AS2323 ayant été retiré, la commission rejette l'amendement AS35.

Amendement AS871 de Mme Josiane Corneloup

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

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

Amendement AS1272 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES). L'amendement vise à durcir les sanctions dont sont passibles les entreprises pharmaceutiques qui ne réalisent pas en temps et en heure leur déclaration au Comité économique des produits de santé. Cette instance centralise les données relatives aux brevets détenus par les laboratoires, à l'argent public versé à ces derniers dans le cadre de leurs activités de recherche et développement ou encore aux prévisions de mise sur le marché – autant d'informations très importantes pour réguler l'activité des entreprises pharmaceutiques, contrôler les prix lorsque cela est possible, et comprendre qui contrôle quoi sur le marché.

La déclaration a été facilitée, de manière un peu excessive puisqu'elle peut être effectuée en quelques heures en ligne. Il n'empêche que certains laboratoires ne remplissent pas leurs obligations dans les délais impartis. Les sanctions actuelles ne nous semblent pas assez dissuasives, nous proposons de porter le taux de la pénalité financière de 0,05 % à 0,1 % du chiffre d'affaires des entreprises contrevenantes. Bien que cela reste très faible, cette décision permettrait de signifier aux laboratoires que la fête est finie et qu'ils doivent désormais effectuer leur déclaration dans les temps, comme tout le monde.

Mme la rapporteure générale. Cette proposition va à l'encontre des préconisations du rapport remis à la Première ministre sur la régulation des produits de santé. Par ailleurs, elle comporte des risques s'agissant de la production et de l'approvisionnement en médicaments.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La réunion s'achève à zéro heure.

Présences en réunion

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, M. Louis Boyard, M. Elie Califer, M. Victor Catteau, M. Paul Christophe, M. Paul-André Colombani, Mme Laurence Cristol, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, M. Marc Ferracci, Mme Caroline Fiat, M. Thierry Frappé, Mme Claire Guichard, Mme Monique Iborra, 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, Mme Annie Vidal

Excusés. – Mme Rachel Keke, M. Olivier Serva

Assistait également à la réunion. – M. Hadrien Clouet