

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^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 2026 (n^{os} 1907 et n^o1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) 2
- Présences en réunion..... 29

Mercredi

29 octobre 2025

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n^o 13

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
*président***



La réunion commence à 21 heures 30.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission examine la suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n^{os} 1907 et 1999) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs)

Article 22 : *Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé*

Amendement AS1682 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). Alors que le Premier ministre affirme valoriser le paritarisme et la sécurité sociale, l'article 22 réduit le rôle des organisations représentatives dans la gouvernance du système de santé en supprimant leur avis sur les dotations et financements des établissements. Ces avis sont pourtant essentiels pour garantir la transparence et la légitimité des décisions. Nous souhaitons donc qu'ils restent obligatoires, afin de préserver la démocratie sociale et d'assurer un pilotage concerté et équilibré du financement de la santé.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. L'article 22 prévoit effectivement que les organisations représentatives des établissements de santé ne seront plus consultées sur la dotation populationnelle ni sur les dotations régionales des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation destinées aux établissements exerçant des activités de soins médicaux et de réadaptation.

Ces avis alourdissent la procédure et ne sont pas toujours recueillis à temps. De ce fait, les établissements se voient notifier leurs dotations tardivement, alors qu'ils auraient besoin de les connaître le plus tôt possible pour s'organiser en conséquence. Le fonctionnement que vous entendez rétablir se retourne ainsi parfois contre les structures que vous souhaitez aider.

Aucune des fédérations hospitalières que j'ai auditionnées, notamment la Fédération hospitalière de France, n'a vu dans la suppression de ces consultations un élément particulièrement problématique – alors qu'elles ont exprimé par ailleurs de très nombreuses attentes – dans la mesure où elles sont régulièrement informées à ce sujet.

Étant convaincu qu'il faut simplifier le fonctionnement des hôpitaux et réduire le poids de l'administration, je suis défavorable à votre amendement.

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

Amendement AS290 de Mme Sylvie Bonnet

Mme Josiane Corneloup (DR). Nous proposons par cet amendement de supprimer les alinéas 27 et 28 afin de préserver la possibilité d'appliquer l'échelle tarifaire publique aux actes effectués dans le cadre de coopérations entre établissements publics et privés, notamment sous la forme de groupements de coopération sanitaire (GCS). Cette souplesse tarifaire est indispensable pour maintenir une offre médico-chirurgicale, d'urgences et de

soins de proximité dans des zones confrontées à des fragilités démographiques, économiques et médicales.

M. le rapporteur général. Le dispositif proposé aux alinéas 27 et 28 vise essentiellement les cliniques privées à but lucratif, qui appliquent une échelle tarifaire distincte – et moins avantageuse – que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic). Quand ces cliniques forment un GCS avec un hôpital public ou un Espic et que ce dernier effectue la majeure partie de l'activité, le GCS peut facturer les soins selon l'échelle tarifaire majoritaire, c'est-à-dire aux tarifs publics, supérieurs d'environ un tiers à ceux du privé. Il s'agit d'encourager la coopération entre public et privé tout en simplifiant le fonctionnement des GCS.

Le ministère estime toutefois que ces dispositions donnent lieu à des pratiques d'optimisation : il arrive qu'une clinique privée facture des soins à l'assurance maladie en appliquant l'échelle tarifaire publique alors même qu'elle seule, au sein du groupement, réalise les actes en question. C'est pour cette raison que le Gouvernement entend, à travers l'article 22, mieux réguler l'application des échelles tarifaires – même si je regrette que l'ampleur budgétaire de ce phénomène ne soit pas précisée dans l'étude d'impact. L'échelle tarifaire majoritaire du GCS continuera à s'appliquer pour toutes les activités effectivement réalisées dans le cadre d'une coopération public-privé.

Je suis donc défavorable à votre amendement.

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

*Puis elle **adopte** l'article 22 **non modifié**.*

Après l'article 22

*Suivant les avis du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements AS1670 de Mme Sandrine Rousseau et AS275 de Mme Josiane Corneloup.*

Amendements identiques AS998 de M. Michel Lauzzana et AS1313 de Mme Annie Vidal

M. Michel Lauzzana (EPR). D'après le réseau Unicancer, il arrive que l'assurance maladie rémunère deux fois une même prestation lorsque des patients sont pris en charge en secteur libéral au sein d'un établissement public : le praticien hospitalier exerçant une activité libérale lui facture directement ses honoraires, tandis que l'établissement hospitalier lui facture un séjour dont le tarif inclut des honoraires médicaux. Nous proposons de faire quelques économies en mettant fin à cette pratique.

M. le rapporteur général. Vous présentez les choses de façon percutante, mais la réalité est un peu plus complexe. En appliquant votre idée, nous reprendrions de l'argent aux établissements sans nous attaquer aux abus auxquels peuvent se livrer certains praticiens hospitaliers. La précision que vous apportez serait en outre dépourvue d'effet juridique. Je vous invite donc à retravailler votre amendement.

Dans un rapport de 2023, la Cour des comptes préconise d'encadrer l'activité libérale des praticiens hospitaliers en prenant en compte non pas le temps de travail, mais le montant des honoraires perçus au titre de l'activité libérale, lesquels ne pourraient dépasser une

certaine proportion des revenus tirés de l'activité publique. Cette piste me semble intéressante pour lutter contre les effets de bord.

M. Philippe Vigier (Dem). Je rejoins le premier argument avancé par Thibault Bazin. En revanche, apprécier l'activité d'un praticien uniquement à l'aune d'un temps passé par patient, sans tenir compte des différences de situations, serait une négation complète de la médecine. Malgré toute l'estime que j'ai pour les magistrats de la Cour des comptes, leur approche me paraît un peu décalée.

Les amendements sont retirés.

Amendements AS674 et AS888 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). La psychiatrie publique souffre d'un retard de financement accumulé au cours des dernières décennies : d'après la Cour des comptes, entre 2008 et 2018, les établissements privés ont vu leurs financements augmenter de 46,9 %, contre 12,7 % pour les établissements publics. Ce retard affecte fortement la qualité des soins disponibles et enferme les établissements publics dans un cercle vicieux, les empêchant de faire les investissements nécessaires pour obtenir les mêmes dotations complémentaires que le secteur privé lucratif. La « grande cause nationale » pour 2025 – dont je rappelle qu'elle repose sur un investissement de 1,66 euro par personne – devrait au moins nous conduire à nous interroger sur l'effondrement de la psychiatrie publique, en particulier de la pédopsychiatrie.

Parce que nous sommes contre la privatisation totale de notre système de soins et que nous voulons défendre la psychiatrie publique, nous proposons, avec l'amendement AS674, d'imposer l'équité de financement entre établissements publics et établissements privés lucratifs ainsi que la prise en compte du sous-financement chronique du secteur public et privé non lucratif lors de l'attribution des dotations complémentaires.

L'amendement AS888 vise quant à lui à obtenir un rapport évaluant le déploiement de la réforme du financement de la psychiatrie adoptée en 2023 et les inégalités de financement entre établissements publics et privés.

M. le rapporteur général. Le sous-financement que vous décrivez est réel. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons adopté une réforme du financement censée permettre un rééquilibrage en faveur des secteurs public et privé non lucratif. La phase de transition, qui devait s'achever à la fin de l'année, devrait finalement être prolongée jusqu'en 2028, car les établissements ne se sont que modestement approprié la réforme dans un premier temps : ils ont surtout cherché à sécuriser les dotations historiques.

Je vous propose donc de retirer vos amendements et de les redéposer en séance publique, pour que le Gouvernement vous réponde sur l'entrée en application de cette réforme.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Les acteurs de terrain expliquent néanmoins que ladite réforme ne permet nullement de rattraper le retard dont souffrent les établissements publics, d'où l'intérêt de mon amendement.

La commission adopte l'amendement AS674.

L'amendement AS888 est retiré.

Article 23 : *Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière*

Amendements de suppression AS340 de Mme Élise Leboucher, AS1342 de Mme Sandrine Rousseau et AS1498 de Mme Christine Loir

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Alors que les 1 200 000 agents de la fonction publique hospitalière attendent depuis 2021 une protection sociale complémentaire, le Gouvernement propose de reporter de deux ans son entrée en vigueur.

Ainsi, les agents – dont près de 75 % sont des femmes –, qui travaillent déjà dans des conditions dégradées, en sous-effectif et au sein d'un secteur en tension constante du fait des coupes budgétaires, se voient encore privés du remboursement de leurs soins par leur employeur. Ces reports répétés font peser sur eux le reste à charge, alors que le coût financier est une des principales raisons du non-recours au soin. Les agents de la fonction publique hospitalière cotisent au même titre que les salariés des autres secteurs ; la protection sociale complémentaire devrait donc également leur être accordée. Nous n'hésitons pas à nous appuyer sur le personnel hospitalier pour qu'il nous soigne ; comment accepter que, dans le même temps, on lui refuse la prise en charge complète de ses propres soins ?

En attendant l'avènement du « 100 % Sécu » pour couvrir l'intégralité des soins, permettons au moins aux agents de l'hôpital de bénéficier de la protection sociale complémentaire dès 2026.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Les personnels hospitaliers, que nous applaudissons tous les soirs à 20 heures pendant la crise du covid, n'ont pas vu le début d'un commencement d'amélioration de leurs conditions de travail : bien au contraire, ils exercent dans un hôpital qui se dégrade progressivement et doivent faire face à l'intérim, au manque de personnel, au turnover et aux burn-out. Les priver de la complémentaire santé, c'est leur faire un affront supplémentaire. Toute la fonction publique y a droit ; pourquoi pas eux ?

Surtout, leur refuser cette possibilité n'est pas une mesure d'économie. Il existe évidemment des soignants qui sont très heureux de travailler à l'hôpital public, mais reconnaissez que celui-ci traverse une telle période de tension qu'on ne peut pas laisser les personnels seuls et sans soins.

Mme Christine Loir (RN). Reporter à 2028 l'extension de la complémentaire santé aux agents hospitaliers, c'est reporter la reconnaissance qu'on doit à ceux qui ont tenu les hôpitaux à bout de bras pendant les crises. C'est un message désastreux envoyé à des soignants déjà épuisés. La fonction publique hospitalière est à bout de souffle et l'État ne lui apporte pour toute réponse qu'un nouveau retard !

M. le rapporteur général. Qui ne voudrait pas étendre la protection complémentaire à la fonction publique hospitalière ? Nous espérons tous qu'on pourra un jour la déployer. Deux problèmes se posent cependant.

Le premier concerne la compensation aux hôpitaux du coût de la mesure, soit quelques centaines de millions d'euros. On en parle peu, mais c'est le véritable enjeu : si nous ne le traitons pas, nous risquons de fragiliser encore davantage les établissements.

Par ailleurs, nous pouvons nous faire plaisir en adoptant des amendements, mais la réalité est que la réforme ne sera pas prête au 1^{er} janvier 2026. Dans les autres fonctions

publiques, son entrée en vigueur a pris du temps : il faut définir le contenu de la protection sociale complémentaire, choisir les prestataires, lancer les appels d'offres. Ce n'est pas impossible, mais cela nécessite un délai supplémentaire.

Je suis donc défavorable aux amendements de suppression.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Les deux ans de report prévus à l'article 23 constituent un délai maximal.

Par ailleurs, si chacun est d'accord pour accorder une protection sociale complémentaire aux agents de la fonction publique hospitalière, il n'en reste pas moins que ces derniers – dont j'ai fait partie pendant un certain nombre d'années – peuvent déjà se faire soigner sans devoir acquitter des restes à charge impossibles à assumer.

Indépendamment de la question de la compensation soulevée par le rapporteur général, il faut aussi laisser le temps au dialogue avec les organisations syndicales d'aboutir à la solution la plus adaptée. Vous devriez être attachés au maintien du dialogue social.

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

*En conséquence, l'article 23 est **supprimé** et les amendements AS342 de M. Damien Maudet, AS1076 de M. Charles Fournier, AS4 de Mme Sandrine Runel et AS995 de Mme Karine Lebon **tombent**.*

Article 24 : Lutter contre les rentes dans le système de santé

Amendement de suppression AS1492 de Mme Josiane Corneloup

Mme Josiane Corneloup (DR). L'article 24 introduit un dispositif de modulation des tarifs médicaux fondé sur une appréciation unilatérale des « rentes » supposément constatées dans certaines spécialités libérales. Une telle mesure constitue une rupture majeure de l'équilibre conventionnel qui fonde la relation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. En permettant à l'assurance maladie de réduire les tarifs jugés excessifs sans concertation réelle, le texte porte atteinte au principe de négociation équitable et menace la liberté d'exercice des praticiens. Ce précédent pourrait, à terme, être étendu à d'autres professions conventionnées et fragiliser l'ensemble du modèle libéral français. Le dispositif envisagé risque de provoquer une désaffection pour certaines spécialités, d'accroître les inégalités territoriales d'accès aux soins et de décourager l'investissement dans l'innovation et la qualité.

M. le rapporteur général. L'article 24, dont le titre pourrait paraître consensuel, vise à tirer les conséquences de divers rapports en luttant contre les « rentes ». J'en ai lu à plusieurs reprises l'exposé des motifs afin de comprendre les intentions exactes du Gouvernement.

Il est vrai que la branche maladie est en déficit. L'objectif consistant à rémunérer les actes des professionnels et des établissements au juste prix, en luttant contre les abus, est louable. Or la rentabilité de l'activité varie en fonction des secteurs, mais aussi, au sein d'un même secteur, selon les actes pratiqués. Reconnaissons que certains professionnels sont tentés de pratiquer davantage certains actes que d'autres et qu'on observe des disparités entre l'hôpital et la ville.

L'article traite explicitement de la radiothérapie. Nous avons nous-mêmes adopté une réforme du financement de ce secteur, qui devait entrer en vigueur au 1^{er} octobre 2025 mais n'est toujours pas appliquée. La ministre Rist, avec qui j'ai échangé à ce sujet, semble tout aussi désireuse que moi de voir ces mesures s'appliquer. Reste que nous ne sommes pas prêts et que, visiblement, nous ne le serons pas non plus en 2026 : les résultats du test effectué par le ministère ne sont pas bons et ce dernier doit revoir sa copie. Les cabinets libéraux, qui assurent un maillage indispensable, doivent notamment être intégrés à la réflexion, comme ils en expriment le souhait. En tardant trop, on s'expose à la financiarisation du secteur. Je ne peux donc que déplorer la lenteur du processus.

L'exécutif entend aussi habiliter le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) à procéder arbitrairement à des baisses de tarifs si aucun avenant conventionnel n'est signé. Je suis favorable à de telles baisses quand elles sont justifiées. En revanche, pour certains actes que peu de praticiens acceptent déjà de réaliser, elles pourraient se retourner contre l'assurance maladie. On nous demande de faire confiance au directeur général de l'Uncam, mais la méthode consistant à appliquer la technique du rabot sans concertation ne me semble pas bonne. Je crains que ces dispositions ne se traduisent par des restes à charge plus élevés, voire par l'abandon de certains actes.

L'article prévoit également de faire évoluer les modalités de fixation des tarifs des forfaits techniques en imagerie médicale. La question mérite effectivement d'être posée, mais, là encore, tout dépend des actes concernés. Je crois par exemple comprendre que le forfait est moins intéressant pour un scanner que pour une imagerie par résonance magnétique (IRM). L'assurance maladie permet désormais au titulaire d'une autorisation d'exploiter des équipements lourds d'en utiliser jusqu'à trois sur un même site. Or la viabilité économique – la rentabilité – de ces appareils n'est pas toujours au rendez-vous. En Lorraine, plus de la moitié des autorisations sont accordées à des établissements hospitaliers souvent intégrés au sein de GCS – ou de GIE (groupements d'intérêt économique), désormais privilégiés par les agences régionales de santé (ARS). Modifier les forfaits techniques applicables à ces groupements, qui incluent des hôpitaux, n'affecte donc pas uniquement les structures privées : des établissements publics peuvent y perdre également.

Je ne suis pas favorable à la suppression de l'article, car le système mérite d'être corrigé. Nous devons néanmoins l'amender, car les modalités proposées ne sont pas les bonnes.

Mme Josiane Corneloup (DR). Je comprends la nécessité de réguler le système de santé, mais il ne faut pas le faire sans concertation, en permettant au directeur de l'Uncam d'intervenir de façon autoritaire. Le cadre conventionnel me semble beaucoup plus adapté pour établir une relation de confiance.

M. Philippe Vigier (Dem). Je suis moi aussi favorable à la suppression de l'article, car ne suis pas d'accord pour donner la main à l'assurance maladie : lorsque nous l'avons fait pour la radiologie, elle a décrété, du jour au lendemain, une baisse de 11 % du forfait technique. Exigeons plutôt des professionnels qu'ils engagent une vraie négociation sur la radiothérapie pour parvenir à une nouvelle tarification, en leur imposant un délai de 90 ou 120 jours au-delà duquel la puissance publique interviendra.

Nous devons également nous interroger sur le fait qu'une structure qui reçoit l'autorisation de se doter d'une machine à IRM peut en installer trois. La France est un pays

merveilleux dans lequel on peut mettre des appareils de radiologie partout sans autorisation ! Tout cela fait courir un risque de financiarisation du secteur.

Mme Annie Vidal (EPR). Les tarifs doivent être régulés. À vous entendre, les décisions seraient prises de façon autoritaire. L’alinéa 8 mentionne pourtant clairement « des négociations en vue de la conclusion d’un avenant permettant une baisse des tarifs ». L’alinéa 9 précise que le directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie les engage « dans un délai d’un mois à compter de la réception de la décision ». Je suis donc opposée à la suppression de l’article.

M. le rapporteur général. J’ai déposé plusieurs amendements, notamment pour améliorer la concertation en associant l’ensemble des acteurs concernés – ce qui devrait satisfaire Mme Corneloup.

La suppression de l’article ne me semble pas souhaitable, notamment en raison des dispositions qui concernent la radiothérapie.

En revanche, le secteur de l’imagerie médicale est probablement celui qui compte le plus de partenariats public-privé. Ces derniers sont indispensables pour assurer la permanence des soins. La fixation des forfaits techniques est donc un enjeu important : il ne faudrait pas que nous prenions des mesures de nature à pénaliser ceux qui jouent le jeu du partenariat public-privé. Je travaille d’ailleurs à l’élaboration d’une proposition de loi relative aux excès de la financiarisation. Sur ce point, il faut absolument modifier l’article.

La commission rejette l’amendement.

Amendement AS186 de Mme Sandrine Runel

Mme Sandrine Runel (SOC). On nous demande de faire confiance au directeur de l’Uncam, disait le rapporteur général. J’irai plus loin en m’appuyant sur le rapport « Charges et produits » présenté par l’assurance maladie en juin 2025, qui fait état de taux de rentabilité excessifs dans certains secteurs, notamment la biologie – 23 % en 2022 –, la radiothérapie – 27 % –, la radiologie et la médecine nucléaire.

Afin de rationaliser les dépenses de l’assurance maladie, nous proposons de reprendre la proposition consistant à « prévenir la constitution de rentes en faisant évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé ». L’amendement vise ainsi à permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de réduire d’autorité les tarifs supérieurs à des seuils déterminés après avis de la Haute Autorité de santé.

M. le rapporteur général. Je partage certains de vos arguments. Le manque de réactivité dans l’adaptation des nomenclatures et des tarifications est réel et crée effectivement des distorsions. Le Haut Conseil des nomenclatures avait engagé un travail de révision de la classification commune des actes médicaux, qui devait aboutir en 2025 mais ne s’achèvera finalement pas avant 2026 : nous avons toujours un train de retard.

Mais votre amendement va trop loin : son adoption risque de pénaliser des structures vertueuses. Surtout, vous proposez de supprimer toute négociation conventionnelle. Si nous voulons préserver la démocratie sanitaire et le dialogue social, il ne faut pas construire contre les personnes concernées, mais avec elles, en les associant toutes à la discussion. Je ne crois

pas que la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) ait une connaissance suffisamment fine des actes et de la réalité économique pour décider seule.

Vous prévoyez une révision automatique des tarifs, mais seulement pour ceux qui surévalués, alors que nombre d'entre eux sont, par ailleurs, sous-évalués. On peut conserver une forme d'équilibre entre les actes qui sont viables économiquement et ceux qui ne le sont pas, en privilégiant une approche par secteur, ou alors laisser libre cours à la financiarisation, qui incitera les médecins à ne se consacrer qu'aux actes les plus rentables, au détriment des autres.

Je suis défavorable à votre amendement. N'adoptons pas la technique du rabot bête et méchant, que vous dénoncez dans bien d'autres domaines.

M. François Gernigon (HOR). Comment peut-on imaginer réduire les tarifs sans négociation sur la base de données comptables que chacun peut faire évoluer à sa guise ? Si une structure affiche un rapport entre l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaires élevé, il lui suffit de recruter une personne, même à mi-temps, pour le faire baisser. Fonder une politique sur de telles données n'est ni sain ni cohérent. Je ne suis pas du tout favorable à cet amendement.

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

Amendements AS1763 et AS1764 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'amendement AS1763 vise à revenir sur la possibilité donnée à l'assurance maladie d'arrêter seule le montant des forfaits techniques d'imagerie médicale. Leur rémunération ne saurait être guidée par une logique purement comptable. Dans de nombreuses régions, les autorisations d'équipements lourds sont destinées en majorité à des établissements hospitaliers publics ayant développé des coopérations avec le privé à travers des GCS ou des GIE. Alors qu'ils jouent un rôle de premier plan dans la permanence des soins les décisions de l'assurance maladie en matière de forfaits techniques, loin de se limiter aux cabinets de radiologues libéraux, les affecteraient.

Nous proposons donc conférer la décision de fixer ces tarifs à la commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, qui regroupe professionnels libéraux et représentants des établissements de santé, et d'étendre sa composition aux représentants des groupes d'imagerie médicale afin de les associer aux négociations tarifaires. En outre, il est prévu de donner la majorité aux groupes, médecins et établissements.

L'amendement AS1764 précise que les évaluations des niveaux de rentabilité devront porter sur des secteurs comparables en termes d'activité et d'investissement. Il s'agira ainsi de préserver la capacité d'investissement dans des secteurs caractérisés par un progrès technique très intense.

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

Amendement AS1343 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Pour la négociation des tarifs dans les secteurs présentant une rente manifestement excessive, nous proposons de faire entrer l'Uncam dans la boucle afin que la décision ne repose pas seulement sur les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Vous allez encore plus loin que Mme Runel : en supprimant toute habilitation ministérielle, vous laissez l'assurance maladie décider seule.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS687 de M. Guillaume Florquin

M. Guillaume Florquin (RN). Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent demander à l'Uncam d'engager des négociations mais sans fixer de date ni conférer à cette démarche un caractère obligatoire. Cela peut entraîner des délais avant l'ouverture des discussions tarifaires. Nous proposons de rendre les négociations immédiates et obligatoires afin de rendre la procédure plus ferme et plus réactive.

M. le rapporteur général. À la tête de l'Uncam, on trouve le directeur général de la Cnam, à qui l'article 24 donne déjà tous pouvoirs. N'allons pas plus loin en rendant immédiate l'ouverture des négociations, d'autant que l'alinéa 9 précise qu'elle doit intervenir « dans un délai d'un mois ».

Votre amendement est donc satisfait et je vous propose de le retirer mais je note la transparence et la sincérité dont vous avez fait preuve.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS368 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement fait écho aux préoccupations exprimées par le rapporteur général : il prévoit la création d'un observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement des offreurs de soins. Il aiderait à identifier les surfacturations afin d'apporter des rectifications, notamment dans les secteurs de la radiologie, de la médecine nucléaire ou de la biologie médicale. En outre, il permettrait de tenir compte des évolutions très rapides que connaît la médecine, notamment du fait du recours à l'intelligence artificielle, pour ajuster les tarifs en conséquence.

M. le rapporteur général. Je ne sais si un tel observatoire a vocation à être consacré dans la loi. Toujours est-il qu'il importe de disposer d'évaluations, d'une manière ou d'une autre, et je vous invite à retirer votre amendement au profit de l'amendement AS985 de votre collègue Hendrik Davi, qui propose de rendre publiques les évaluations prévues au présent article.

M. Philippe Vigier (Dem). Je ne suis nullement opposé aux évaluations et aux observatoires mais j'insiste sur la nécessité de ne pas se limiter aux « offreurs de soins privés », pour reprendre les termes de l'exposé sommaire. Il faut prendre en compte l'intégralité de la filière, qu'il s'agisse du privé comme du public, hôpital compris, afin d'établir des comparaisons justes.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1766 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Le texte réglementaire devra préciser, outre les critères et les modalités de l'évaluation, sa périodicité, enjeu fondamental en matière de cotation.

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

Amendement AS1765 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Pour être acceptables et acceptés, les paramètres sous-tendant les évaluations de rentabilité doivent être transparents et arrêtés de manière concertée avec les représentants des différents secteurs concernés. Il importera donc de consulter ces derniers avant la publication du texte réglementaire.

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

Amendement AS796 de M. Elie Califer

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement est défendu.

*Contre l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS985 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). La concentration croissante dans le secteur médical a favorisé l'émergence d'établissements, sociétés ou groupes privés financiarisés. Ce phénomène génère des rentes que l'article 24, auquel nous sommes plutôt favorables, entend éviter. Nous proposons de rendre publiques les évaluations prévues dans un triple objectif : éclairer le débat public, mieux mesurer le degré de financiarisation et de concentration du secteur, anticiper les risques que font peser les défaillances sur l'offre de soins.

M. le rapporteur général. Favorable, comme je l'ai annoncé.

M. Philippe Vigier (Dem). C'est un très bel amendement mais il faudrait aller plus loin. Cette concentration à outrance est connue de Bercy et nous savons quels sont remèdes pour éviter cette dérive. Il faut maintenant avoir le courage de les appliquer.

M. Michel Lauzzana (EPR). Un collègue du groupe GDR a déposé une proposition de loi pour lutter contre la financiarisation du secteur de l'imagerie. Comme j'ai pu le lui dire, il s'agit souvent de sociétés emboîtées les unes dans les autres, ce qui rend très compliqué de combattre ce phénomène. Or il ne fait que s'amplifier, notamment dans le domaine de la biologie et de la radiologie, ce qui déstabilise le secteur.

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

Amendement AS1049 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). Il importe de préciser que les actes de traitement du cancer par radiothérapie dont le directeur de l'Uncam peut être amené à fixer les tarifs se limitent à ceux qui sont réalisés en ville. Selon la Cour des comptes, le secteur hospitalier public et privé non lucratif se distingue en effet par une gestion particulièrement maîtrisée de ses dépenses en radiothérapie – hausse de 14 % contre 159 % dans le secteur libéral.

M. le rapporteur général. Sagesse.

M. Philippe Vigier (Dem). Je soutiens à 159 % cet amendement. Il ne s'agit pas de tirer les rémunérations vers le bas mais il nous appartient de corriger cette dérive aux multiples effets. Des radiothérapeutes quittent le public, ce qui crée des pénuries dans certains territoires.

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

Amendement AS1384 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Le champ des négociations conventionnelles doit être étendu aux actes de biologie, de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'anatomopathologie.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Votre amendement prévoit « un montant total d'économies d'au moins 100 millions au cours de l'année 2026 » pour tous ces actes. Or un autre alinéa de l'article prévoit ce même montant d'économies pour les seuls actes de traitement du cancer par radiothérapie. Voudriez-vous les épargner ? Autre étrangeté : vous faites figurer les actes de biologie et de radiothérapie pour lesquels des baisses de tarifs ont déjà été décidées très récemment. Enfin, vous semblez avoir choisi ce montant d'économies au doigt mouillé, sans évaluer son impact sur l'offre de soins. Je suis très défavorable aux coups de rabot arbitraires.

M. le président Frédéric Valletoux. Il est vrai que l'on peut s'interroger sur le fait d'inscrire dans la loi un montant attendu d'économies. Imaginez qu'elles soient plus importantes.

M. Philippe Vigier (Dem). L'assurance maladie vient de diminuer les remboursements des actes de radiologie de 360 millions d'euros et des actes de biologie de 300 millions. Le but n'est pas de continuer à réduire les tarifications mais de déterminer quels actes sont justifiés afin d'éviter les prescriptions redondantes et celles qui, pour une large part – 30 % à 40 % – sont inutiles. Il faut travailler avec la profession à travers les négociations conventionnelles, en se donnant du temps et en s'appuyant sur des guides bonnes pratiques d'exécution.

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

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

Article 25 : Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

Amendements de suppression AS1767 de M. Thibault Bazin et AS1282 de Mme Sandrine Rousseau

M. le rapporteur général. L'article 25 vise à donner à la Cnam la possibilité de baisser unilatéralement les tarifs dans le domaine des soins dentaires, possibilité qui avait été accordée l'an dernier pour d'autres secteurs. L'atteinte au principe de la négociation conventionnelle qu'implique cette régulation unilatérale peut se justifier quand les leviers existants n'ont pas permis de juguler les dérives. Or ce n'est pas le cas. En 2023, le protocole d'accord que la Cnam a conclu avec les chirurgiens-dentistes a permis de remettre l'accent sur la prévention et sur les soins conservateurs, alors que les dépenses de soins prothétiques avaient beaucoup augmenté. En 2024, les dépenses de prothèses se sont nettement ralenties.

Par ailleurs, la Cnam, par le levier du déconventionnement, parvient à écarter des acteurs dont les pratiques ne sont pas déontologiques et des dispositions ont été prises pour réguler les prix pratiqués par certains néocentres de santé.

Lors de son audition devant notre commission, le directeur général de la Cnam, M. Thomas Fatôme, a confirmé ne pas ressentir la nécessité de cet article. L'utilité de ce levier contraignant n'ayant été étayée ni par les auditions, ni par l'étude d'impact, ni par mes propres analyses, je propose de supprimer l'article 25. Les entorses au fonctionnement conventionnel doivent se limiter aux cas de stricte nécessité.

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

Amendement AS68 de Mme Élise Leboucher

M. Louis Boyard (LFI-NFP). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a introduit la possibilité d'imposer, sur décision du directeur général de la Cnam ou du ministre de la santé, des baisses de tarifs dans les secteurs financiarisés. Nous proposons de l'étendre des actes d'imagerie médicale et de biologie aux soins dentaires et à l'ophtalmologie, autres secteurs où la financiarisation fait craindre une explosion des prix.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS685 de M. Damien Maudet

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Les restes à charge constituent le premier frein à l'accès aux soins. Plus de quatre Français sur dix déclarent avoir déjà renoncé à se faire soigner pour des raisons financières. La situation est particulièrement préoccupante pour les soins dentaires : malgré le dispositif 100 % Santé, de nombreux actes restent inaccessibles. Les protocoles de maîtrise des dépenses ne doivent pas avoir pour effet de réduire les coûts pour la seule assurance maladie. S'ils ne concourent pas à faire baisser les tarifs pour les patients, ils contribuent à un renoncement organisé. Il importe de garantir un reste à charge nul pour les patients.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Il faut distinguer les tarifs, que rembourse la sécurité sociale, des honoraires dont s'acquittent les patients. Ces derniers ne sont pas régulés par les accords prix-volume. Votre amendement est donc inopérant. Si vous voulez garantir un reste à charge zéro pour les patients, il faut prévoir une prise en charge par l'assurance maladie en conséquence.

Mme Joëlle Mélin (RN). L'assurance maladie place entre l'utilisateur et les caisses un intermédiaire : les soignants ou les établissements de santé. Je ne crois pas qu'il leur appartienne de payer pour les mauvaises nouvelles. La maîtrise des dépenses de santé ne doit pas se faire uniquement sur leur dos. Si vous voulez que le reste à charge soit le plus bas possible, objectif que nous partageons, la régulation doit peut-être se faire ailleurs : il importe que les caisses remettent leur gestion en question, chose qu'elles ne font jamais. Il y a là d'énormes sommes à récupérer.

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

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS345 de Mme Ségolène Amiot.*

Enfin, elle adopte l'article 25 non modifié.

Article 26 : *Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et la maîtrise des dépassements d'honoraires*

Amendements de suppression AS1758 de M. Thibault Bazin et AS1493 de Mme Josiane Corneloup

M. le rapporteur général. Instaurer, comme le prévoit l'article 26, une cotisation sur les dépassements d'honoraires et l'activité non conventionnée peut sembler un objectif louable. Si je propose de le supprimer, c'est que je considère qu'il est mal écrit. Il ne fait pas de différences entre les médecins qui jouent le jeu en adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ou en assurant la permanence des soins, et les autres, ce qui risque d'avoir un effet désincitatif qui irait à l'encontre des patients. En outre, il n'opère pas de distinction selon les secteurs et les spécialités, au sein desquels excès et abus recouvrent des réalités différentes.

Derrière cet article, il y a d'abord l'assurance maladie : il lui permet de faire des économies, quitte à ce que le reste à charge soit plus important pour les patients. Il y a aussi les complémentaires, puisqu'elles couvrent une partie des dépassements d'honoraires.

Nous savons par ailleurs qu'il n'y aurait pas de dépassements d'honoraires sur certains actes si ceux-ci avaient été revalorisés par l'assurance maladie. L'accouchement, par exemple, est toujours à 313,50 euros depuis 2005, l'appendicectomie *par cœlioscopie* reste à 187 euros. Certes, des augmentations d'honoraires ont été constatées ces dernières années mais dans le même temps, les médecins qui sont aussi des employeurs ont dû faire face à des hausses de charges et des revalorisations salariales.

Cet article relève d'une forme d'hypocrisie. Il me met très mal à l'aise car il porte en lui des risques : un risque de déconventionnement, même s'il est mineur ; un risque, quant à lui massif, de désengagement des médecins des dispositifs de tarifs maîtrisés. Qui sera perdant ? Les patients !

Des choses à corriger, il y en a. Un simple exemple : la destruction d'une tumeur hépatique par radiofréquence est remboursée par l'assurance maladie 76 euros alors que l'aiguille coûte à elle seule 800. Toutefois, les modifications auxquelles procède cet article ne me semblent pas pertinentes, j'en suis de plus en plus convaincu. Je pense même que le Gouvernement en séance reviendra sur sa rédaction.

Mme Josiane Corneloup (DR). C'est choisir une voie simpliste que d'augmenter la taxation des revenus liés à une surcotation. Cela accroîtra inévitablement le reste à charge des patients.

M. Sacha Houlié (SOC). Je suis profondément choqué par les propos du rapporteur général et je soupçonne un peu de malhonnêteté dans sa démonstration. Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), les dépassements d'honoraires des spécialistes ont atteint 4,3 milliards d'euros en 2024 : ils n'ont cessé d'augmenter depuis 2019, à raison de 5 % par an en valeur réelle, hors inflation. Vous mettez en avant le risque d'un déconventionnement. Eh bien, proposez une surtaxe sur le déconventionnement. Vous soulignez une absence de prise en compte de l'adhésion aux tarifs maîtrisés ou de la participation à la permanence des soins. Qu'est-ce qui vous empêche d'ajouter ces critères ?

Vous cherchez des prétextes pour vous opposer à cette régulation et vous ne dites pas votre véritable volonté. Pour notre part, nous voterons pour cet article.

M. Jean-François Rousset (EPR). La taxation des dépassements d'honoraires, au cœur de cet article, a motivé le rapport que Yannick Monnet et moi-même venons de remettre au Premier ministre. Au lieu de les limiter, cette mesure risque de produire l'effet inverse : les médecins vont intégrer ce montant supplémentaire dans leurs honoraires. Cet article mérite donc d'être réécrit. Une seule mesure ne suffira pas à réguler ces dépassements : il y a des leviers conventionnels et réglementaires à actionner, des motivations à trouver chez les médecins et des accords à établir pour trouver un équilibre pérenne.

Parmi les dix propositions que nous avons formulées en vue d'une limitation, il y a une révision de l'Optam. Devant le constat que les jeunes spécialistes s'installent désormais dans leur quasi-totalité directement en secteur 2, nous proposons une adhésion obligatoire mais attractive à travers un contrat de cinq ans : possibilité leur serait offerte de pratiquer des dépassements d'honoraires pour la moitié de leur activité et d'appliquer les tarifs opposables pour l'autre moitié. Pour ma part, je m'abstiendrai sur cet article.

M. Nicolas Turquois (Dem). Supprimer l'article donnerait un mauvais signal, en termes de méthode. Mieux vaudrait le modifier en vue de la séance car il importe de prendre en compte la question des dépassements d'honoraires.

M. Christophe Bentz (RN). Notre position initiale était plutôt l'abstention mais devant le décalage entre l'intention qui sous-tend cet article et la réalité légistique, nous voterons sa suppression, dans l'attente d'une rédaction plus limpide et plus efficace.

M. le rapporteur général. Je vais rassurer tout le monde : les modifications que nous apportons dans cette commission n'ont pas d'incidence sur le texte qui sera discuté en séance : ce sera la version du Gouvernement puisqu'il s'agit d'un texte budgétaire.

Monsieur Houlié, d'autres de vos collègues du groupe socialiste font preuve de davantage de respect. Vous parlez de malhonnêteté alors que j'essaie d'être le plus sincère possible. J'ai bien précisé que des augmentations d'honoraires avaient été constatées ces dernières années mais j'ai rappelé qu'il existait des disparités suivant les spécialités, ce qui me paraît être une approche pragmatique. En outre, je n'ai pas dit que les médecins allaient tous se déconventionner. Le risque principal, c'est qu'ils quittent le dispositif des tarifs maîtrisés. Comme l'a souligné M. Rousset, cette taxation peut aboutir à l'effet inverse de celui qui est recherché : les médecins ajusteraient leurs dépassements pour l'intégrer dans leurs honoraires, au détriment des patients. Je me suis inspiré pour mes amendements de certaines des propositions qu'il a formulées dans son rapport, notamment sur le secteur 3, non conventionné, car il faut aussi prendre en compte la responsabilité des prescripteurs. D'autres mesures sont à envisager. Pour l'heure, je propose une suppression de cet article, qui présente plus de risques que d'avantages.

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

Amendement AS347 de M. Hadrien Clouet

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS1283 et AS1284 de Mme Sandrine Rousseau, amendement AS349 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Mes amendements visent à maintenir la cotisation additionnelle sur les dépassements d'honoraires, dont le taux serait fixé par la loi afin d'éviter qu'il ne soit laissé à la discrétion du ministre ou des autorités sanitaires.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). En premier lieu, les dépassements d'honoraires entraînent des restes à charge très importants qui entravent l'accès aux soins. En second lieu, ils favorisent la constitution de fortunes personnelles réalisées au détriment de l'intérêt des assurés sociaux.

Le Hcaam voit dans cette pratique un affaiblissement de l'adhésion au contrat social qui lie la médecine et la société, particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité et l'équité des soins. Par cet amendement, nous proposons d'augmenter le taux de la surcotisation sur les dépassements à 13 %, à défaut de pouvoir mettre fin à ces pratiques.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements.*

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

Après l'article 26

Amendements AS1114 de M. Jean-François Rousset et AS1768 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Jean-François Rousset (EPR). Cet amendement du groupe Ensemble pour la République reprend une proposition du rapport sur les dépassements d'honoraires que Yannick Monnet et moi-même avons remis la semaine dernière au Premier ministre.

Environ 800 praticiens exercent en secteur 3, déconventionné, c'est-à-dire qu'ils pratiquent des honoraires libres en dehors de toute convention avec l'assurance maladie. Leurs consultations ne sont quasiment pas remboursées alors que leurs prescriptions le sont.

L'amendement propose de mettre fin au remboursement des prescriptions des médecins exerçant en secteur 3. En effet, il serait cohérent que l'assurance maladie ne rembourse que les actes et les prestations réalisés dans le cadre d'une relation conventionnelle entre le praticien et elle.

M. le rapporteur général. Mon amendement est très similaire puisque je me suis inspiré de votre rapport.

Le vôtre ne met pas fin au remboursement des prescriptions de produits de santé, ce qui me semble pourtant indispensable.

Par ailleurs, votre dispositif figurerait à l'article du code de la sécurité sociale relatif à la liste des actes et prescriptions remboursés, ce qui en restreindrait automatiquement le champ. Il serait préférable de l'insérer dans l'article du même code relatif aux tarifs applicables aux médecins déconventionnés. Je vous invite donc à retirer votre amendement afin que nous déposions ensemble une rédaction commune pour la séance publique.

M. Philippe Vigier (Dem). L'amendement de M. Bazin complète le dispositif proposé par M. Rousset, qui ferait que la consultation du patient qui consulte un médecin en secteur 3 ne soit plus remboursée alors que les produits de santé prescrits le seraient toujours. L'amendement de M. Bazin permet de responsabiliser les patients, dont la consultation et les produits de santé ne seraient plus remboursés.

*L'amendement AS1114 est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement AS1768.*

Amendement AS1115 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). La nomenclature des actes médicaux, créée en 2005, n'a jamais été révisée en profondeur. Résultat, elle ne correspond plus à la réalité de la pratique médicale ni à l'économie des soins.

Certains actes sont obsolètes, d'autres ne sont pas encore reconnus. Les tarifs fixés depuis vingt ans expliquent une partie des dépassements d'honoraires, les médecins les considérant même comme des compléments. Une révision globale de la nomenclature est en cours, mais son intégration dans la convention médicale risque de prendre encore plusieurs années.

Or cette obsolescence fragilise notre système de santé. La mesure proposée, soutenue par le groupe Ensemble pour la République, reprend une des dix propositions du rapport sur les dépassements d'honoraires.

Elle ne remet pas en cause la négociation conventionnelle ; au contraire elle la sécurise. L'amendement prévoit qu'en cas d'échec des négociations dans un délai de six mois, les nouveaux tarifs puissent être fixés par voie réglementaire. Ce mécanisme de bon sens garantirait que la révision de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ne reste pas lettre morte et qu'elle produise enfin des effets concrets pour les praticiens et les patients.

M. le président Frédéric Valletoux. Cette situation est lunaire : la révision de la CCAM est en cours depuis des années. En Australie, la modernisation du système de santé a été confiée à des hauts fonctionnaires qui ont réglé l'affaire en un an. Il est incroyable que, depuis des années, l'assurance maladie paie le décalage entre la valeur réelle de l'acte et le geste technique. Il y a là un vrai gisement d'économies.

M. le rapporteur général. Thomas Fatôme vous aurait-il suggéré cet amendement ? L'absence de mise à jour est un facteur majeur de distorsions dans le système de soins. C'est un processus très long, dont l'échéance est sans cesse retardée.

Sagesse.

Mme Joëlle Mélin (RN). Ce problème est fondamental. Dans certains domaines, la nomenclature n'a pas été revue depuis trente ans. En outre, alors qu'on nous avait dit, en particulier dans les années 2000, qu'on allait simplifier dans certains domaines, nous sommes alors passés de 700 à 7 700 actes, notamment dans les secteurs de la kinésithérapie et de la rééducation.

Par ailleurs, l'ensemble des fraudes ou à tout le moins des mésusages résultent d'un contournement de la nomenclature qui était devenu le sport national de certaines petites professions. Pour toutes ces raisons, la nomenclature doit être révisée.

Néanmoins, les négociations ne doivent pas être encadrées dans le temps car l'expiration du délai pourrait entraîner des décisions unilatérales difficilement supportables.

M. le président Frédéric Valletoux. Je partage votre avis : ce problème majeur, qui est pourtant méconnu, doit être résolu pour améliorer l'efficacité du système de santé et mieux dépenser.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS795 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). Nous souhaitons accroître la souplesse de la nomenclature. L'amendement prévoit une procédure d'adaptation accélérée permettant rapidement d'y inscrire les nouveaux actes et de supprimer les actes obsolètes.

M. le rapporteur général. Sur le fond, j'y suis favorable en raison du décalage entre la nomenclature et la réalité. Néanmoins, vous faites mention d'une procédure spécifique définie par voie réglementaire tout en renvoyant aux modalités de révision prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Votre amendement est ainsi inopérant et je vous propose de le retravailler ensemble en vue de la séance publique.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1126 de M. Jean-François Rousset

M. Jean-François Rousset (EPR). L'amendement reprend une des recommandations que nous avons formulées avec Yannick Monnet. Les dépassements d'honoraires, qui s'élèvent à 4,5 milliards d'euros par an, sont un complément de revenu pour les médecins exerçant en secteur 2. Cet avantage économique doit donc s'accompagner de contreparties au service de l'intérêt général.

Nous proposons ainsi de conditionner les dépassements au respect de plusieurs engagements : participation à une démarche qualité, comme cela existe déjà dans d'autres pays européens ; réalisation de consultations avancées dans les zones sous-dotées pour lutter contre les déserts médicaux ; participation à la permanence des soins ; contribution à la formation de futurs professionnels de santé. La logique est simple : à avantages particuliers, responsabilité particulière.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, plus les dépassements d'honoraires augmentent, plus le volume d'activité diminue : un ophtalmologiste dont le taux de dépassement est de 140 % réalise près de 40 % d'actes en moins qu'un confrère dont le taux n'est que de 14 %. Cela réduit d'autant le temps médical disponible. En gros, les médecins qui pratiquent des dépassements pourraient ne travailler qu'un jour par semaine.

M. le rapporteur général. Je crois davantage à la démarche incitative de l'Optam qui s'accompagne d'engagements dans une logique gagnant-gagnant.

Néanmoins, il faut rendre le dispositif opérant, d'autant que je déteste que le Sénat corrige notre travail. Aussi faudrait-il préciser que la participation aux consultations avancées est attendue « le cas échéant », car toutes les spécialités médicales ne sont pas concernées, et ajouter la permanence des soins.

Demande de retrait, à défaut avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise ne votera pas cet amendement pour trois raisons. Premièrement, il conduirait à exclure les médecins du secteur 1 de la permanence des soins alors que le prix à payer pour y participer, c'est précisément d'être en secteur 1. Deuxièmement, les dépassements seraient banalisés : ils doivent faire l'objet d'une régulation publique plutôt que d'une contractualisation. Troisièmement, la participation à des actions de formation est un engagement un peu flou.

En revanche, je partage votre hostilité à l'endroit du Sénat...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS551 de M. Hadrien Clouet

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). L'amendement vise à conditionner l'ouverture de nouvelles cliniques privées à la garantie d'un reste à charge zéro. Les dépassements d'honoraires ont considérablement augmenté ces dernières années dans les cliniques privées. Selon un rapport de 2025 du Hcaam, les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes s'élevaient à 4,3 milliards d'euros en 2024, soit une augmentation moyenne de 5 % par an depuis 2019 hors inflation, sachant que 80 % à 90 % des patients de cliniques privées paient des dépassements d'honoraires. Au cours des quatre dernières années, plus d'un tiers des Français ont ainsi renoncé à des soins ou à des équipements médicaux alors qu'ils en avaient besoin.

Ces dépassements d'honoraires contribuent à la création d'un système de santé à deux vitesses, où les plus riches peuvent accéder à des soins de qualité rapidement et où les plus précaires subissent de plein fouet les coupes budgétaires dans la santé publique.

Il est plus que temps de stopper le développement des centres de santé privés lucratifs. La santé ne doit pas être une manne financière faisant le bonheur des acteurs financiers qui cherchent à dégager des bénéfices toujours plus gros sur le dos des patients.

M. le rapporteur général. Je suis opposé à votre amendement, bien que je ne sois pas contre la diminution des restes à charge pour les patients. Certains établissements privés veulent devenir des Espic ; or les acteurs locaux peuvent y être opposés pour de nombreuses raisons. Ne versons pas dans la caricature : certains acteurs privés jouent le jeu de la maîtrise des dépassements et des restes à charge. Le secteur est plus divers qu'on veut le faire croire.

Par ailleurs, l'amendement traite des nouvelles cliniques et non de celles déjà ouvertes. Enfin, il aboutirait à une situation baroque et inégalitaire.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Les dépassements sont un véritable problème : ils remettent en cause le principe d'égal accès aux soins. Combien de nos concitoyens doivent accepter de payer des dépassements d'honoraires faute de quoi ils devront attendre pour être soignés ? Comme par hasard, en acceptant, il sera possible d'obtenir plus rapidement une consultation avec le spécialiste incontournable.

Ces logiques sont inacceptables. La santé n'est pas une marchandise et devrait sortir du secteur marchand. Elle ne devrait relever que du secteur public ou associatif à but non lucratif.

Il est donc essentiel de conditionner l'ouverture de nouvelles cliniques privées à la garantie d'un reste à charge zéro. La politique publique de santé ne doit contribuer, directement ou indirectement, qu'au financement des structures respectant les tarifs conventionnels sans dépassements d'honoraires.

La commission rejette l'amendement.

Article 27 : *Renforcer l'incitation des établissements de santé à l'efficience, la pertinence et la qualité des soins*

Amendements de suppression AS350 de M. Damien Maudet et AS991 de M. Hendrik Davi

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Lorsque j'ai lu l'article 27, je n'y croyais pas. Il prévoit que « Les établissements de santé exerçant les activités [...] sont intéressés financièrement à l'efficience et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein. En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficience et à la pertinence des soins [...], le directeur général de l'agence régionale de santé peut [...] en fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins [...] leur attribuer une dotation complémentaire [...] ».

L'attribution par des technocrates de dotations supplémentaires à l'hôpital sera donc fondée sur l'optimisation économique. C'est pourquoi nous proposons la suppression de cet article.

M. Hendrik Davi (EcoS). L'article 27 crée un nouveau mécanisme d'incitation à l'efficience et à la pertinence des soins dans les établissements de santé. En réalité, les termes d'efficience et de responsabilisation traduisent une incitation financière à réduire les actes et les prescriptions, ce qui n'est pas toujours dans l'intérêt du patient. Il y a donc un véritable risque que les soins soient rationnés plutôt que leur qualité améliorée.

Ce dispositif limitera automatiquement l'autonomie des soignants dans leurs décisions cliniques. Les décisions médicales risquent d'être guidées par la crainte d'une sanction budgétaire plutôt que par l'intérêt du patient.

Ce mécanisme traduit l'application du *new public management* dans l'ensemble de la fonction publique. Cette approche financière et bureaucratique a déjà fragilisé les hôpitaux. L'amélioration du système, notamment la réduction des prescriptions, passe par une meilleure formation des médecins, indépendante de l'industrie pharmaceutique.

M. le rapporteur général. J'ai auditionné tous les acteurs concernés par cet article. Selon les fédérations hospitalières, qui y sont très favorables, cette démarche est positive car elle est susceptible d'apporter des moyens complémentaires à l'hôpital qui atteindrait les objectifs d'efficience et de pertinence.

Je ne crois pas que l'efficience et la pertinence soient contradictoires avec la qualité et l'humanité du soin, au contraire. Travailler en faveur de la pertinence des soins, c'est éviter l'iatrogénie médicamenteuse, c'est privilégier le soin le moins invasif possible, la prise en charge la plus légère, c'est éviter de pratiquer des examens inutiles ou redondants, qui n'ont rien d'agréable pour le patient.

Ce mécanisme étant réclamé par plusieurs groupes, adoptons-le et procédons à une évaluation de son application.

Avis défavorable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis défavorable à la suppression de cet article. Donner des objectifs à des hôpitaux et accompagner les bons élèves a du sens. Olivier Véran avait lancé un programme de reprise de la dette : certains établissements parmi les plus dysfonctionnels ont été accompagnés, tandis que ceux dont l'endettement était maîtrisé ne l'ont pas été.

Évaluer le fonctionnement de l'hôpital public, notamment sa productivité – j'ose prononcer ce gros mot – peut avoir un effet incitatif. Cette démarche n'est pas une fin en soi mais elle peut être très intéressante.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). En ouvrant ce débat, nous espérons vraiment que nous voterions la suppression de cet article. L'exposé des motifs évoque « un intéressement [...] aux gains dégagés par leurs actions ou [une] pénalité financière ». Il ne s'agit pas de verser plus d'argent à ceux qui feraient bien les choses mais plutôt de pénaliser ceux qui les feraient mal. Ce type de dispositif conduit à distribuer moins d'argent car, au bout du compte, les pénalités dépasseront les gains. Il s'agit donc d'un moyen discret et déguisé de réaliser des économies sur l'hôpital.

Vous avez parlé de bons et de mauvais élèves. Dans un hôpital, il n'y a pas d'élèves ; il y a des aides-soignantes, des aides-soignants, des infirmières, des infirmiers, des médecins, des personnels techniques et administratifs. Ce sont des professionnels de santé qui font leur boulot.

Par ailleurs, ces indicateurs seraient définis par des bureaux d'études et des cabinets de conseil qui ne connaissent pas le cœur de métier. Cet article, qui ne prévoit nullement l'association des professionnels de santé, doit être immédiatement supprimé.

La commission rejette les amendements.

Amendement AS9 de Mme Sandrine Runel

Mme Sandrine Runel (SOC). L'amendement vise à tenir compte des caractéristiques de santé du territoire lors de l'analyse des résultats obtenus par l'établissement.

La réalité locale varie selon les territoires, tout comme les besoins en soins varient en fonction des populations. Or ce dispositif, qui serait appliqué uniformément sur l'intégralité du territoire, entraînerait de graves inégalités entre les établissements.

M. le rapporteur général. Cette précision est inutile et mal placée dans le texte, rendant la phrase obscure.

Je vous invite à retirer votre amendement et à le retravailler en vue de la séance.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Plutôt que de classer les médecins selon leurs compétences et d'établir des comparatifs par spécialités, il serait plus judicieux de conclure avec les hôpitaux des contrats d'objectifs et de moyens prévoyant un financement et un contrôle. Le système du bonus et du malus est une usine à gaz : si un établissement reçoit un malus, que fait-on de l'avis des soignants et des malades ? Ces derniers trouveront peut-être qu'il n'est pas pertinent de s'y rendre. Nous ne saurons pas gérer ce dispositif, parce que nous sommes incapables d'élaborer une liste de critères simples et communs à tous. C'est un leurre et ce n'est pas utile sous cette forme.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Je ne comprends pas qu'on n'ait pas supprimé cet article. L'hôpital public croule sous les contraintes administratives accumulées au fur et à mesure des réformes. Par ailleurs, un hôpital qui n'a pas suffisamment de moyens sera dysfonctionnel et pourra être sanctionné, alors que le problème vient de l'insuffisance de ses moyens. L'amendement de ma collègue Runel vise à prendre en compte les contraintes de territoire. On peut imaginer qu'un hôpital public dans l'Ouest parisien ne se trouve pas dans la même situation qu'un autre en Seine-Saint-Denis ou ailleurs dans le territoire français. Il est donc indispensable de tenir compte du contexte dans lequel évolue l'hôpital.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS351 de Mme Ségolène Amiot

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Les personnes qui se rendent dans un hôpital ne demandent pas cela. Plus vous faites des économies, plus on vous donnera de moyens ; moins vous faites des économies, moins on vous donnera de moyens : c'est une idée stupide ! Il est question de soins, de santé, d'un hôpital malade. Même McKinsey n'est pas assez diabolique pour suggérer quelque chose comme ça ! Même un technocrate n'est pas censé pondre ce truc. Je ne comprends pas comment on peut estimer que c'est une bonne idée quand il s'agit de soigner des gens.

Pour le moment, nous en débattons dans la salle obscure de la commission, mais attendez que le débat ait lieu dans hémicycle et que le pays se rende compte de ce que l'on est en train d'essayer d'imposer aux soignants : on a fait des révolutions pour moins que ça ! Et ce serait mérité.

M. le rapporteur général. Monsieur Boyard, vous avez fait un très beau discours mais lisez bien votre amendement : vous faites une révolution inversée – je ne suis pas sûr que cela plairait à Jean-Luc Mélenchon. En supprimant le dispositif d'intéressement, votre amendement supprimerait involontairement l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). Je ne suis pas sûr que ce soit ce que vous recherchez.

Avis défavorable.

M. Philippe Vigier (Dem). J'indique à Mme Runel, à propos de son amendement précédent, que les coefficients géographiques sont déjà intégrés dans le calcul des dotations affectées aux hôpitaux. Ce calcul n'est pas le même selon les territoires.

Monsieur Boyard, ce qui compte, c'est la meilleure prise en charge des patients. Il est inutile d'envoyer un patient qui doit se faire opérer du canal carpien ou subir une chirurgie thoracique dans un hôpital qui ne sait pas pratiquer une telle opération : il faut l'envoyer dans le bon établissement, en évitant de passer par une case intermédiaire où il sera peut-être mal aiguillé. C'est cela, l'efficacité. Nous sommes d'accord sur la finalité, pas sur le parcours.

M. Louis Boyard (LFI-NFP). Premièrement, s'il y a des dotations à donner à l'hôpital, vous ne les conditionnez pas : vous les donnez. Les hôpitaux en ont besoin maintenant : il n'est pas nécessaire de leur demander de prouver qu'ils ont fait de belles économies.

Deuxièmement, un service ou un hôpital qui n'aura pas été suffisamment efficace se verra retirer des moyens. À la fin, ce sont donc les patients qui paieront, et les soignants également puisqu'ils se retrouveront sous-dotés. Et même sans aller jusque-là, les soignants devront s'interroger : si je ne fais pas suffisamment d'économies, je n'obtiendrai pas ma subvention ; si je veux ma subvention, je dois faire des économies. Votre mesure ne fait qu'aggraver l'ambiance de mort qui règne déjà à l'hôpital. Ce n'est pas nécessaire.

M. le président Frédéric Valletoux. Essayons de ne pas tomber dans la caricature.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS1340 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Cet amendement de précision vise à intégrer les indicateurs relatifs à la pharmacie clinique dans les dispositifs d'incitation à l'efficacité.

L'efficacité consiste à valoriser les pratiques professionnelles. Il faut donc inciter les professionnels à les améliorer. Toutefois, l'article mériterait d'être réécrit parce que ce n'est pas avec des pénalités qu'on développe une culture de la qualité. Il faut travailler sur la philosophie de cet article pour pouvoir le rendre opérant.

M. le rapporteur général. Vous êtes un peu dure avec l'article 27 ! Cela étant, c'est une usine à gaz et l'attente est très forte pour rénover et simplifier les dispositifs.

Votre amendement comporte deux aspects, l'un positif, l'autre préjudiciable. Vous avez raison de souligner que les enjeux liés à la pharmacie clinique sont très importants. Mais en substituant les quatre alinéas qui sont censés réformer l'Ifaq, vous contribuez à maintenir le *statu quo* alors qu'il est nécessaire de la réformer. Je souhaite donc le retrait de votre amendement afin que vous puissiez le retravailler. J'espère que le Gouvernement, en nous écoutant, prendra conscience qu'il faut réécrire l'article 27.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1181 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Nathalie Colin-Oesterlé (HOR). La sécurité sociale a investi des millions dans les dossiers médicaux partagés (DMP) et les espaces numériques de santé. Ces outils, qui

jouent un rôle essentiel dans la prévention et dans le suivi des patients, méritent d'être mieux utilisés. Mon amendement vise donc à encourager les hôpitaux publics et les cliniques privées à y recourir en conditionnant l'attribution des dotations d'incitation financière à leur utilisation.

M. le rapporteur général. Vous avez raison : il est sans doute nécessaire de parvenir à une meilleure utilisation de ces outils dans les hôpitaux. Nous aborderons un peu plus tard les critères relatifs à la consolidation du DMP.

Toutefois, vous commencez à décliner les critères de l'Ifaq dans la loi, alors que c'est précisément la sédimentation de plusieurs couches de critères qui a conduit à transformer l'Ifaq en une véritable usine à gaz et à rendre le dispositif illisible pour les soignants.

Par ailleurs, je vous donne rendez-vous à l'article 31, qui vise à pousser les professionnels de santé et les établissements à utiliser massivement le DMP. Votre amendement fait donc un peu doublon.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

Amendement AS1488 de Mme Josiane Corneloup

Mme Josiane Corneloup (DR). L'amendement vise à traduire dans l'article les indicateurs liés aux activités de prélèvement d'organes et de tissus, reconnues comme priorité nationale par la loi de bioéthique de 2004. Cela concerne le taux de réalisation d'entretiens avec les proches conformes aux règles de bonnes pratiques relatives aux prélèvements d'organes et de tissus, ainsi que le taux de greffe rénale réalisé à partir de donneurs vivants d'organes. Les entretiens existent mais ils sont réalisés de façon très hétérogène selon les établissements. L'objectif est d'harmoniser les pratiques.

M. le rapporteur général. Les questions soulevées par les bonnes pratiques en matière de prélèvements d'organes et de tissus ou encore de taux de greffe rénale réalisés à partir de donneurs vivants d'organes sont essentielles. Je suis d'accord sur le fond mais, sur la forme, je pense qu'il ne faut pas les énumérer dans la loi.

Demande de retrait.

L'amendement est retiré.

La commission rejette l'article 27 non modifié.

Après l'article 27

Amendement AS169 de Mme Sandrine Runel

Mme Sandrine Runel (SOC). Dans l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025, nous avons donné la possibilité de plafonner les dépenses d'intérim médical et paramédical, ce qui était évidemment une bonne chose. Toutefois, cette possibilité était conditionnée à l'existence d'un écart de coût significatif entre l'intérim et l'emploi permanent, ce qui en limitait un peu l'intérêt. Pourtant, le coût de l'intérim ne cesse

de croître. Nous proposons donc de développer le plafonnement des dépenses d'intérim en supprimant la condition de l'écart significatif.

M. le rapporteur général. Cela avait provoqué beaucoup de débats à l'époque. Les fédérations hospitalières tenaient à cette condition de l'écart significatif afin que le dispositif ne soit pas trop lourd à gérer. Dans la situation actuelle, votre amendement risquerait de poser des problèmes à certains établissements, notamment dans les territoires connaissant de fortes tensions.

Par ailleurs, les plafonds de rémunération adoptés par l'arrêté du 5 septembre 2025 couvrent les professions les plus problématiques au regard de l'intérim : médecin, odontologiste, pharmacien, infirmier, manipulateur en radiologie, préparateur en pharmacie, kinésithérapeute, sage-femme. Je pense sincèrement qu'il ne faut pas aller plus loin.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS170 de Mme Sandrine Runel et AS520 de M. Hadrien Clouet (discussion commune)

Mme Sandrine Runel (SOC). L'intérim médical coûte 1 milliard d'euros à la sécurité sociale. Nous en combattons le développement car il n'offre absolument pas de sécurité aux équipes de professionnels et entraîne souvent des conditions de travail déplorables et des soins de moins bonne qualité.

Dans un rapport de 2024, la Cour des comptes recommande de faire établir par l'ARS, pour chaque groupement hospitalier, un contingent pour les contrats d'intérim passés sur le fondement de difficultés particulières de recrutement. Mon amendement vise à appliquer cette recommandation car il nous semble important de limiter la part maximale des contrats intérimaires qu'un hôpital ou un établissement médico-social peut conclure.

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). L'intérim médical et paramédical est devenu la norme et c'est problématique. Ces recours excessifs à l'intérim créent du dysfonctionnement dans la permanence des soins et dans la soutenabilité financière ; la qualité des soins s'en ressent. L'amendement AS520 vise à limiter la proportion de contrats intérimaires autorisés dans les établissements et services publics de santé. Ce plafond permettrait d'encadrer le volume des recrutements temporaires.

M. le rapporteur général. L'amendement AS170 vise à plafonner la part des contrats d'intérim conclus à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT) pour une catégorie de professionnels donnée. Si tant est que cela soit souhaitable, ce ne serait pas faisable car il n'y a pas de gestion globale des contrats d'intérim à l'échelle des GHT. Si nous adoptons cet amendement, à chaque fois qu'un GHT embauchera un personnel en intérim, il devra d'abord vérifier s'il est toujours dans les clous pour son ratio d'intérim. Cette usine à gaz est inadaptée au besoin de souplesse des établissements.

L'amendement AS520 propose le même type de disposition mais à l'échelle d'un établissement ou d'un service. Un établissement a besoin de souplesse pour pallier les absences non anticipées et ne peut pas calculer chaque jour des ratios. De plus, les services ne concluent pas de contrats : cela relève de l'établissement. La rédaction de cet amendement est donc problématique.

Pour toutes ces raisons, je vous invite à retirer vos amendements ; à défaut, j'émetts un avis défavorable.

M. Fabien Di Filippo (DR). Il était nécessaire de plafonner les dépenses d'intérim. Le rapport entre l'offre et la demande était tellement déséquilibré que les médecins fixaient presque eux-mêmes leur rémunération, qui atteignait des sommes délirantes. Néanmoins, votre présentation laisse penser que le recours à l'intérim est un choix de l'hôpital, ce qui n'est absolument pas le cas. Il préférerait avoir des personnels stables. Votre amendement, qui ne prend pas en compte la réalité de la situation, risque de provoquer la fermeture de services.

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Lors de notre mission d'information sur la psychiatrie, avec Mme Nicole Dubré-Chirat, nous avons constaté que certains services de petits hôpitaux ne fonctionnaient qu'avec des intérimaires, ce qui est du reste terrible pour la continuité des soins. Mais sans eux, il n'y a plus de services.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous n'avons pas fixé le plafond ! Il le sera en fonction des réalités du terrain. Un secteur qui a un fort recours à l'intérim ne verra donc pas s'appliquer les mêmes règles. Il faut trouver un juste milieu pour soulager des équipes qui souffrent de la désorganisation et de la récurrence des arrivées et des départs.

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

Amendement AS1420 de M. Philippe Vigier

M. Philippe Vigier (Dem). Il vise à lutter contre la dérive administrative dans les hôpitaux. De fait, le pourcentage des soignants baisse chaque année, tandis que celui des administratifs augmente. Nous devons nous fixer un cap pour rendre à l'hôpital son rôle premier : soigner. L'objectif est d'atteindre un ratio de l'ordre de 75/25 en 2027-2028. Le seul centre hospitalier universitaire excédentaire en France est celui de Poitiers, qui est excellemment géré. Comme par hasard, il compte un moindre nombre d'administratifs.

M. le rapporteur général. Votre amendement est intéressant. Vous fixez un cap clair et réaliste et demandez un décret en Conseil d'État pour définir la liste des soignants et des non-soignants, ainsi que les mécanismes de transition pour les établissements. Votre approche est raisonnée et méthodique.

Avis favorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). S'il y a de plus en plus d'administratifs, c'est parce que vous n'arrêtez pas d'inventer des indicateurs et des procédures pour contrôler le travail des salariés à l'hôpital. C'est très pernicieux. On pousse aussi les soignants à diminuer la durée moyenne du séjour pour libérer les lits. Ils font sortir trop tôt des patients, qui reviennent avec des pathologies parfois très lourdes. Tout cela finit par coûter beaucoup plus cher. Pour faire respecter des indicateurs, des administratifs passent un temps fou à faire des calculs d'efficience. Il ne fallait pas voter l'article 27, si vous ne souhaitiez pas plus d'administratifs.

M. Christophe Bentz (RN). Tous les ans, nous déposons des amendements pour limiter le personnel administratif dans les établissements de santé. Pour favoriser le soin et le temps médical, nous souhaitons imposer un ratio de 10 % d'administratifs. Votre amendement allant dans le même sens, nous le voterons.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Je me souviens de nos débats en 2024 et en 2023 : nous avons décidé de recruter du personnel administratif pour libérer du temps médical. Ce que vous proposez n'est-il pas en contradiction avec cette décision ?

M. le rapporteur général. C'est tout l'enjeu de la définition de la liste des soignants et des non-soignants.

M. le président Frédéric Valletoux. La réalité d'un hôpital est souvent plus compliquée qu'elle n'en a l'air. Par exemple, c'est souvent une infirmière qui gère les plannings et les secrétaires médicales font partie des personnels administratifs, alors qu'elles sont là pour libérer du temps médical. Ce n'est pas ce soir que nous pourrions faire de la dentelle fine.

M. Philippe Vigier (Dem). Monsieur Davi, comme je le précise dans l'exposé sommaire, moi aussi j'en ai ras-le-bol que les médecins et les soignants passent leur temps à remplir des fichiers.

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

Amendement AS407 de Mme Ségolène Amiot

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Par cet amendement, nous souhaitons encadrer les rémunérations des praticiens contractuels faisant le choix d'un contrat à motif 2, conclu en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice. L'accroissement du recours à ces contrats a un effet direct sur les candidatures au contrat de motif 1, mobilisé en cas de remplacement ou d'accroissement temporaire d'activité contrats. La Cour des comptes relève entre les deux un écart de rémunération qui atteint presque 50 000 euros par an. Qui plus est, la baisse d'attractivité des contrats de motif 1 pousse les hôpitaux publics à se tourner vers des contrats d'intérim onéreux.

M. le rapporteur général. Si je reconnais qu'il y a eu des dérives, je ne suis pas sûr que votre solution soit la bonne. En plafonnant les rémunérations des contrats de motif 2, vous risquer de mettre les établissements dans une situation insoluble : ils ne pourront pas recruter certains spécialistes auxquels la clinique voisine proposera une rémunération quatre fois supérieure. Il faut plutôt trouver des leviers d'attractivité en faveur de l'hôpital.

Avis défavorable.

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

Amendement AS1020 de Mme Marie Pochon

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS653 de Mme Élise Leboucher

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). Les chiffres sont édifiants : à mesure que les lits ont fermé, que les effectifs ont fondu et que la formation a disparu, les soignants en psychiatrie ont eu plus souvent recours à l'isolement et à la contention. Cela doit nous alerter en matière de libertés publiques et de respect de la dignité humaine. En 2022, 76 000 patients

ont été hospitalisés sans leur consentement ; plus d'un tiers ont été mis à l'isolement ; 8 000 ont fait l'objet d'une contention mécanique et ont été attachés des heures durant. En 2021, la LFSS a permis de créer un registre sur les mesures d'isolement ou de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie et de faire publier un rapport annuel sur les pratiques de coercition. Malheureusement, les transmissions d'informations sont trop rares. C'est pourquoi nous demandons un rapport, afin d'être éclairés sur l'étendue et les conditions du recours aux mesures coercitives.

M. le rapporteur général. Le sujet est très sensible et votre demande ne me semble pas illégitime. Néanmoins, même si je ne connais pas assez ce sujet, il me paraît assez éloigné du financement de la sécurité sociale. Je vous invite à redéposer votre amendement en séance pour échanger avec la ministre.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Si vous cherchez de la littérature sur le sujet, monsieur le rapporteur général, vous pourrez lire les rapports de deux femmes fabuleuses : la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, qui a remis un rapport suite à plusieurs visites dans des établissements pratiquant la contention, et la Défenseure des droits, qui alerte régulièrement sur l'usage excessif et souvent disproportionné de la contention chimique et mécanique. Régulièrement, des personnels soignants lancent aussi des alertes, dans la presse, parce, par manque de personnels, ils sont contraints d'utiliser la contention, qui est illégale.

La commission rejette l'amendement.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous n'allons pas attaquer l'article 28 à vingt-trois heures cinquante-huit.

Mme Sandrine Runel (SOC). Nous avons examiné 670 amendements en trois jours, soit une moyenne de 223 par jour. Il en reste 303 pour vendredi. Nous attendons tous avec impatience les articles 44 et 45 *bis*, sur lesquels nous aurons besoin de temps. Nous aurions pu continuer pendant trente ou quarante minutes ce soir. En réalité, je vois bien que certains n'ont pas envie que l'on aille au bout de l'examen du texte. Nous en prenons acte.

M. le président Frédéric Valletoux. Je suis patient et je donne à tout le monde la possibilité de parler. On va regarder de près les temps de parole des différents groupes, leur nombre d'amendements. On regardera aussi qui n'est pas capable de respecter sa minute de parole. On peut jouer à ça, madame Runel, et voir où est l'obstruction rampante. Ne proférez pas ce genre d'accusations ! Nous avons largement le temps de discuter vendredi et s'il faut que l'on termine à deux heures du matin, nous le ferons.

La réunion s'achève à minuit.

Présences en réunion

Présents. - Mme Ségolène Amiot, M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Béatrice Bellay, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, M. Théo Bernhardt, M. Louis Boyard, M. Paul Christophe, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sandra Delannoy, M. Fabien Di Filippo, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Karen Erodi, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Camille Galliard-Minier, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, Mme Zahia Hamdane, M. Sacha Houlié, M. Michel Lauzzana, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, Mme Joëlle Mélin, Mme Joséphine Missoffe, M. Serge Muller, Mme Angélique Ranc, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, Mme Prisca Thevenot, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. - Mme Anchya Bamana, M. Elie Califer, Mme Sylvie Dezarnaud, Mme Stella Dupont, Mme Karine Lebon, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Stéphane Viry

Assistait également à la réunion. - M. Paul Molac