

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 10 novembre 2022

(18^e jour de séance de la session)



**PREMIÈRE
MINISTRE**

Direction de l'information
légale et administrative

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME PASCALE GRUNY

Secrétaires :

Mme Esther Benbassa, M. Daniel Gremillet.

1. Procès-verbal (p. 5179)
2. Financement de la sécurité sociale pour 2023. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5179)

Candidatures à une éventuelle commission mixte paritaire (p. 5179)

QUATRIÈME PARTIE (SUITE) (p. 5179)

Article 24 *bis* (nouveau) (p. 5179)

Amendement n° 59 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 24 *ter* (nouveau) (p. 5180)

Amendement n° 60 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Amendement n° 1021 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1061 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Devenu sans objet.

Article 24 *quater* (nouveau) (p. 5183)

Amendement n° 61 de la commission et sous-amendement n° 1130 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 1096 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 337 rectifié de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 583 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 594 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption.

Amendement n° 889 rectifié *bis* de M. Abdallah Hassani. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 25 (p. 5185)

Amendement n° 390 rectifié *bis* de Mme Dominique Estrosi Sassone. – Retrait.

Amendement n° 894 rectifié de M. Martin Lévrier. – Adoption.

Amendement n° 1015 rectifié *bis* de Mme Martine Filleul. – Rejet.

Amendement n° 907 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 62 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 325 rectifié de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 421 rectifié *ter* de M. Patrice Joly. – Rejet.

Amendement n° 63 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 64 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 25 (p. 5191)

Amendement n° 1062 rectifié *bis* de Mme Victoire Jasmin. – Rejet.

Amendement n° 697 de Mme Annick Jacquemet. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1140 rectifié du Gouvernement. – Rejet.

Amendement n° 1063 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 65 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 734 rectifié *bis* de M. Xavier Iacovelli. – Rejet.

Amendement n° 866 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 1064 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – rejet par scrutin public n° 45.

Amendement n° 1104 rectifié *bis* de M. Jean-Pierre Sueur. – Rejet.

Amendement n° 872 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Rejet.

Amendement n° 690 rectifié de M. Jean Sol. – Retrait.

Amendement n° 695 rectifié *bis* de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Article 25 *bis*
(*nouveau*) (p. 5205)

Amendement n° 66 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 25 *ter*
(*nouveau*) – Adoption. (p. 5206)

Article 25 *quater*
(*nouveau*) (p. 5206)

Mme Laurence Cohen

M. Daniel Chasseing

Adoption de l'article.

Article 25 *quinquies*
(*nouveau*) (p. 5206)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 954 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Retrait.

Amendement n° 1094 rectifié de M. Bernard Jomier. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales

3. Organisation des travaux (p. 5208)

Suspension et reprise de la séance (p. 5208)

PRÉSIDENTE DE M. VINCENT DELAHAYE

4. Mise au point au sujet de votes (p. 5209)

5. Financement de la sécurité sociale pour 2023. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5209)

Article 26 (p. 5209)

Amendement n° 1012 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 26 (p. 5210)

Amendements identiques n° 131 rectifié de Mme Jocelyne Guidez et 316 rectifié *ter* de Mme Florence Lassarade. – Retrait des deux amendements.

Article 26 *bis*
(*nouveau*) (p. 5210)

Amendement n° 67 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 27 (p. 5211)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 342 rectifié *quater* de Mme Vanina Paoli-Gagin. – Adoption.

Amendement n° 68 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 70 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 338 rectifié de Mme Florence Lassarade. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n° 18 rectifié de M. Jean-François Longeot, 127 de M. Olivier Rietmann et 861 rectifié *bis* de M. Patrick Chaize. – L'amendement n° 861 rectifié *bis* est devenu sans objet, les amendements n° 18 rectifié et 127 n'étant pas soutenus.

Amendement n° 69 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 27 *bis*
(*nouveau*) (p. 5214)

Amendement n° 71 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 28 (p. 5215)

Mme Émilienne Poumirol

Mme Élisabeth Doineau

Amendement n° 130 rectifié de Mme Jocelyne Guidez. – retrait.

Amendements identiques n° 185 rectifié de M. Alain Milon, 258 rectifié de M. Daniel Chasseing, 393 rectifié *ter* de Mme Dominique Estrosi Sassone et 650 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Retrait des amendements n° 185 rectifié, 258 rectifié, 393 rectifié *ter*, l'amendement n° 650 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 72 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 186 rectifié de M. Alain Milon et 259 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 651 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Non soutenu.

Amendement n° 74 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 75 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 73 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 830 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 791 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1069 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Retrait.

Amendement n° 1066 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Retrait.

Amendement n° 1070 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Retrait.

Amendement n° 792 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1068 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendements identiques n° 167 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly, 189 rectifié de M. Alain Milon et 654 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Retrait des amendements n° 167 rectifié et 189 rectifié; rejet de l'amendement n° 654 rectifié.

Amendements identiques n° 187 rectifié de M. Alain Milon, 260 rectifié de M. Daniel Chasseing et 653 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Retrait des amendements n° 187 rectifié et 260 rectifié; rejet de l'amendement n° 653 rectifié.

Amendements identiques n° 166 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly, 188 rectifié de M. Alain Milon, 261 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing, 394 rectifié *ter* de Mme Dominique Estrosi Sassone, 459 rectifié *ter* de M. Franck Menonville et 652 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Rejet des amendements n° 166 rectifié, 188 rectifié, 261 rectifié *bis*, 394 rectifié *ter* et 652 rectifié, l'amendement n° 459 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1071 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendements identiques n° 489 rectifié *bis* de Mme Annie Delmont-Koropoulis et 684 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade. – Adoption des deux amendements.

Amendements identiques n° 169 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly et 191 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait des deux amendements.

Amendements identiques n° 168 rectifié de Mme Catherine Morin-Desailly, 190 rectifié de M. Alain Milon, 262 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing et 655 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Retrait des amendements n° 190 rectifié, 262 rectifié *bis* et 655 rectifié, l'amendement n° 168 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 76 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 485 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendements identiques n° 192 rectifié de M. Alain Milon et 395 rectifié *bis* de Mme Dominique Estrosi Sassone. – Retrait des deux amendements.

Amendements identiques n° 486 rectifié *bis* de Mme Annie Delmont-Koropoulis, 683 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade et 1019 rectifié *bis* de Mm Véronique Guillotin. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 77 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 28 (p. 5230)

Amendement n° 339 rectifié de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendement n° 475 rectifié *bis* de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Article 29
(*supprimé*) (p. 5231)

Après l'article 29 (p. 5231)

Amendement n° 797 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 30 (p. 5232)

Mme Émilienne Poumirol

M. Daniel Chasseing

M. René-Paul Savary

Amendement n° 17 rectifié de M. Antoine Lefèvre. – Retrait.

Amendement n° 918 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 193 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendements identiques n° 798 de Mme Laurence Cohen et 1074 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet, par scrutin public n° 46, des deux amendements.

Amendement n° 1076 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 897 de Mme Patricia Schillinger. – Non soutenu.

Amendement n° 916 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendements identiques n° 78 de la commission et 145 rectifié *bis* de Mme Brigitte Devésa. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 468 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendements n° 182, 180 et 183 de M. Alain Milon. – Non soutenus.

Amendement n° 79 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 30 (p. 5240)

Amendement n° 912 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 799 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1083 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 761 rectifié *bis* de Mme Brigitte Devésa. – Rejet.

Amendement n° 1114 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 482 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 919 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 985 de M. Daniel Salmon. – Rejet.

Articles 30 *bis* et 30 *ter*
(*nouveaux*) – Adoption. (p. 5244)

Article 31 (p. 5244)

Mme Annick Jacquemet

M. René-Paul Savary

Mme Élisabeth Doineau

Amendements identiques n°s 140 de M. Olivier Henno, 341 rectifié *quater* de M. Franck Menonville, 504 rectifié *ter* de Mme Chantal Deseyne, 871 rectifié de M. Didier Rambaud et 914 rectifié *bis* de Mme Sophie Primas. – Rejet des amendements n°s 140, 341 rectifié *quater*, 504 rectifié *ter* et 914 rectifié *bis*, l'amendement n° 871 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1134 du Gouvernement. – Adoption.

Amendements identiques n°s 139 rectifié de M. Olivier Henno et 996 rectifié de Mme Sophie Primas. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 479 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Devenu sans objet.

Amendement n° 694 rectifié de M. Jean Sol. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1011 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 31 (p. 5251)

Amendement n° 1133 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 439 rectifié de M. Alain Milon. – Non soutenu.

Amendement n° 135 rectifié de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Article 31 *bis*
(*nouveau*) – Adoption. (p. 5252)

Après l'article 31 *bis* (p. 5253)

Amendement n° 406 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Article 31 *ter*
(*nouveau*) (p. 5253)

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales

M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention

Adoption de l'article.

Article 32 (p. 5254)

M. Daniel Chasseing

M. Olivier Henno

Mme Laurence Cohen

Mme Michelle Meunier

M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Amendement n° 8 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet. – Adoption.

Amendement n° 80 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 155 rectifié de M. Bernard Bonne. – Adoption.

Amendement n° 618 rectifié de Mme Nathalie Delattre. – Retrait.

Amendement n° 924 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 835 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 538 rectifié *bis* de M. Gilbert Favreau. – Retrait.

Amendement n° 590 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Retrait.

Amendement n° 1115 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 156 rectifié de M. Bernard Bonne. – Adoption.

Amendement n° 928 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 32 (p. 5263)

Amendement n° 10 rectifié de M. Bernard Bonne. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 9 rectifié de M. Bernard Bonne. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 11 rectifié *ter* de M. Bernard Bonne. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 121 rectifié de M. Bernard Bonne. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 81 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 374 rectifié *ter* de Mme Sylviane Noël. – Non soutenu.

Amendement n° 992 rectifié *bis* de Mme Michelle Meunier. – Rejet.

Amendements identiques n° 211 rectifié de Mme Else Joseph et 1087 rectifié de Mme Michelle Meunier. – Rejet de l'amendement n° 1087 rectifié, l'amendement n° 211 rectifié n'étant pas soutenu.

Articles 32 *bis* et 32 *ter*
(*nouveau*) – Adoption. (p. 5269)

6. Ordre du jour (p. 5269)

*Nomination de membres d'une éventuelle
commission mixte paritaire* (p. 5269)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME PASCALE GRUNY

vice-président

Secrétaires :
Mme Esther Benbassa,
M. Daniel Gremillet.

Mme le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à dix heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

Mme le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2023 (projet n° 96, rapport n° 99, avis n° 98).

Candidatures à une éventuelle commission mixte paritaire

Mme le président. J'informe le Sénat que des candidatures pour siéger au sein de l'éventuelle commission mixte paritaire sur ce texte ont été publiées.

Ces candidatures seront ratifiées si la présidence n'a pas reçu d'opposition dans le délai d'une heure prévu par notre règlement.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre I^{er} de la quatrième partie, à l'examen de l'article 24 bis.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^{ER} (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre II (suite)

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

Article 24 bis (nouveau)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi rétabli :
- ③ « Art. L. 1110-4-1. – Les usagers du système de santé bénéficient de la permanence des soins dans les conditions prévues au présent code.
- ④ « Les établissements de santé et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État sont responsables collectivement de la permanence des soins mentionnée aux articles L. 6111-1-3 et L. 6314-1. » ;
- ⑤ 2° À la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « , l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers » ;
- ⑥ 3° À l'article L. 6111-1-3, après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 » ;
- ⑦ 4° L'article L. 6314-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-12 et L. 162-32-1 du même code ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre chirurgien-dentiste, sage-femme ou infirmier ayant conservé une pratique de sa profession a vocation à y concourir, selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Les mesures d'appli-

tion du présent alinéa, notamment les modalités de rémunération des professionnels de santé concernés, sont fixées par décret. »

Mme le président. L'amendement n° 59, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Cet amendement vise à supprimer l'article 24 bis.

En effet, celui-ci tend à étendre aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes et aux infirmiers la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en faisant notamment en sorte que les infirmiers participent à la régulation.

Si l'idée est intéressante et que l'interprofessionnalité doit être encouragée, un article additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale ne constitue pas le moyen approprié pour délibérer d'une mesure aussi structurante.

De plus, les modalités de mise en œuvre du dispositif demeurent largement inconnues à ce stade.

Les autres professions de santé auraient-elles vocation à se substituer aux médecins de garde ?

À l'inverse, si l'idée est de demander à plusieurs professionnels d'assurer simultanément une permanence, quels sont les besoins réels ? Justifient-ils une telle présence ? Comment nous assurer de la bonne coordination de ces professionnels et de la qualité des soins ?

Enfin, *quid* de l'obligation de participation des médecins généralistes à la permanence des soins ?

En toute hypothèse, une telle mesure doit faire l'objet d'une concertation en amont : les ordres et les organisations représentatives devraient être consultés.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée auprès du ministre de la santé et de la prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé. Supprimer cet article, madame la rapporteure, reviendrait à supprimer l'introduction de la notion de responsabilité collective dans la participation à la permanence des soins, tant au sein des établissements qu'en santé de ville. Or celle-ci permet de garantir à la population un accès aux soins non programmés.

En effet, une telle disposition vise à rappeler que les médecins doivent s'organiser entre eux pour assurer cette permanence – et la juste contribution de chacun –, dans un équilibre entre établissements de santé publics, établissements de santé privés et professionnels libéraux.

Par ailleurs, l'élargissement à d'autres professions se fera dans le strict respect des compétences de chacun et sera déclenché par la régulation médicale.

Cet été a par exemple été expérimentée, dans le cadre de la « boîte à outils » prévue, la possibilité d'envoyer un infirmier au domicile du patient sur orientation du Samu (service d'aide médicale urgente), afin de réaliser une téléconsultation assistée – les retours ont été plutôt positifs.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 59.
(*L'amendement est adopté.*)

Mme le président. En conséquence, l'article 24 bis est supprimé.

Article 24 ter (nouveau)

① I. – Pour une durée de trois ans et à titre expérimental, l'État peut autoriser les infirmiers en pratique avancée à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique. Un compte rendu des soins réalisés par l'infirmier en pratique avancée est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.

② II. – Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de trois régions. Si l'avis prévu à la première phrase du présent II n'a pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé, cet avis est réputé avoir été rendu.

③ III. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Mme le président. L'amendement n° 60, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer l'article 24 ter.

Qu'on ne se méprenne pas, il ne s'agit pas d'un amendement contre les infirmiers en pratique avancée (IPA). Nous souhaitons simplement pointer, madame la ministre, l'incohérence du Gouvernement.

Cet article additionnel, introduit par la rapporteure générale à l'Assemblée nationale, non débattu dans l'hémicycle, mais figurant dans le texte transmis en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, vise à expérimenter l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

Dans le même temps, la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, déposée mi-octobre à l'Assemblée nationale et qui sera examinée le 23 novembre en commission, porte également sur le sujet de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée.

Or les termes de cette proposition de loi ne sont pas identiques à ceux de l'article 24 ter – j'ai vérifié. Mais je trouve dommage, bien que ce soit un vrai sujet et que je sois favorable à l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée, que nous introduisions cette mesure par la voie d'un article n'ayant même pas été débattu.

L'accès direct aux infirmiers en pratique avancée constitue une mesure structurante, qui ne serait pas sans effet sur le rôle de pivot actuellement reconnu au médecin traitant ni, plus largement, sur l'organisation du parcours de soins.

Si l'accès aux soins représente évidemment un enjeu important, nous devons veiller à ce que la répartition des compétences entre professionnels garantisse également la qualité des soins sur l'ensemble du territoire.

Cette question mérite d'être étudiée de manière transversale à l'occasion d'une loi relative à l'organisation du système de soins. Un article additionnel au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est pas le véhicule approprié.

J'y insiste, que l'on ne se méprenne pas sur nos intentions quant à cet amendement.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Madame la rapporteure, je comprends l'intérêt de cet amendement et le message que vous entendez faire passer.

Malgré tout, vous le savez bien, nous devons avancer pour apporter à nos concitoyens des réponses en matière d'accès aux soins.

Les infirmiers de pratique avancée sont en train de se déployer à un rythme de plus en plus soutenu. L'article 24 *ter* vise donc à mettre en place une expérimentation, réalisée dans le cadre des structures d'exercice coordonné, afin d'étudier les conditions réelles et les éventuelles répercussions de cette mesure.

Dans ce cas précis, cette expérimentation permettra de prendre en compte les pistes d'amélioration dans les relations entre les IPA et les médecins traitants pour s'assurer d'une organisation optimale du parcours de soins.

Par ailleurs, nous pourrions ainsi dynamiser le déploiement de cette jeune profession, dont les compétences cliniques ont été renforcées par une formation universitaire robuste.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Si je comprends l'argumentaire de Mme la rapporteure, je suis très favorable au maintien de cet article, qui tend donc à expérimenter l'accès direct aux infirmiers de pratique avancée.

Tout d'abord, nous expérimentons dans le cadre de structures coordonnées donnant un gage de sécurité : un compte rendu de soins sera, par exemple, transmis par l'IPA au médecin traitant. Le processus est donc cadré.

Je rappelle que les IPA ont fait trois ans d'études, auxquelles s'ajoutent deux de spécialisation, soit cinq années qui justifient des compétences particulières. De plus, il est nécessaire de libérer du temps médical – il n'est pas inutile de le redire.

Cette profession est en cours de déploiement. Si nous n'agissons pas rapidement, tout un bataillon d'infirmiers en pratique avancée libéraux, prêts à travailler, ne seront pas en mesure de trouver leur place dans la médecine de ville.

Donc, d'un côté, les IPA ne trouvent pas de place dans la médecine de ville, et, de l'autre, les médecins cherchent du temps médical.

Si nous ne plaçons pas un marqueur fort en leur permettant de trouver leur place au sein des exercices coordonnés, je crains que ces infirmiers en pratique avancée ne soient, à l'avenir, de moins en moins nombreux à vouloir se former. (*M. Claude Kern approuve.*) Dans la région Grand Est, sur

783 IPA déjà formés, un seul exerce actuellement à temps plein dans ce domaine, les autres ne trouvant pas leur place dans les exercices coordonnés.

J'estime donc que cet article doit être maintenu, en proposant toutefois, en gage de leur bonne intégration, que les modalités de coopération entre les IPA et les médecins traitants des exercices coordonnés des maisons de santé soient définies – le comité de liaison des institutions ordinales (Clio) y travaille déjà –, et que l'action de ces infirmiers soit intégrée au sein des projets médicaux.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Nous avons largement eu l'occasion, au cours des dernières années, d'exprimer notre soutien au développement des infirmiers de pratique avancée, tout en pointant le fait que la bonne méthode pour avancer était que les professionnels de santé négocient entre eux l'émergence de nouvelles fonctions parmi eux. C'est par ce travail partagé que nous progresserons et changerons la situation actuelle, à savoir une trop grande concentration de fonctions sur les médecins.

Nous avons vécu des années de blocage, du fait de certaines décisions ministérielles : souvenez-vous du dernier PLFSS, lors de l'examen duquel le ministre de la santé nous bombardait de dispositions inadaptées.

Depuis quelques mois, il se passe quelque chose : peut-être est-ce une nouvelle méthode, auquel cas je la salue. Toujours est-il que les différents ordres se sont mis autour de la table pour aboutir à un texte commun. Certes, ce texte ne règle pas tout ; mais l'ordre des infirmiers, des kinésithérapeutes, des médecins y affirment ensemble la manière dont ils veulent travailler.

Nous en sommes à l'étape de la négociation conventionnelle. Ce n'est donc toujours pas l'heure que le Parlement adopte un dispositif, puisque les négociations sont en cours. Nous l'avons évoqué hier, le grand défaut de ce PLFSS est d'être brouillon, de donner le sentiment d'un texte un peu bâclé.

Non, il n'est pas l'heure d'adopter un article sur le rôle des IPA. Dans six mois, les négociations conventionnelles seront terminées. Nous verrons alors comment les professionnels se seront répartis les tâches. Si nous jugeons alors que le résultat n'est pas satisfaisant, il sera l'heure d'intervenir. (*Mme Emilienne Poumirol applaudit.*)

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je partage les propos de Véronique Guillotin et de Bernard Jomier.

D'un côté, nous avons un besoin urgent d'infirmiers de pratique avancée dans certains cabinets. Pour cela, nous devons dessiner les grandes lignes d'une coordination la plus harmonieuse possible entre le médecin et l'IPA. Ce binôme peut apporter de très bonnes choses dans les maisons de santé.

D'un autre côté, pour que la loi soit vraiment exécutoire, il faut bien sûr consulter les médecins et les professionnels afin qu'ils décident du contenu de la loi pour rendre possible une telle coordination.

Nous voyons bien que le dispositif ne peut fonctionner qu'en cas de synergie entre le médecin traitant référent et l'infirmier de pratique avancée. Le cas échéant, certaines maisons médicales en proie à des difficultés pourraient être sauvées.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Fialaire, pour explication de vote.

M. Bernard Fialaire. Je soutiendrai l'amendement n° 1021 rectifié de Véronique Guillotin, déposé sur cet article, et ce pour plusieurs raisons.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Elle ne l'a pas encore présenté !

M. Bernard Fialaire. Les débats que nous tenons depuis plusieurs jours montrent bien que nous sommes dans une situation de crise, dans plusieurs domaines.

Tout d'abord, nous avons un problème de démographie, auquel nous essayons de répondre par une réorganisation, notamment en autorisant les médecins retraités à prolonger leur activité.

Ensuite, une révolution technologique dans la médecine nous imposera, dans les années à venir, de revoir les tâches des médecins coordonnateurs. Actuellement, il est imposé aux médecins, de manière conventionnelle, de répartir les patients vers les différentes spécialités. Ce travail peut être fait par des IPA pour soulager les médecins – c'est dans le même esprit que nous avons imposé le passage chez le médecin généraliste avant de voir un spécialiste.

Par ailleurs, nous devons également mettre en œuvre un appel pour régler les urgences.

L'expérimentation prévue pour les IPA doit permettre de répondre durablement à cette réorganisation des parcours de santé, qui sera bénéfique pour les patients et intéressante pour les finances de la sécurité sociale.

Mme le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Madame la ministre, je n'interviendrai pas directement sur ce sujet – je soutiens l'amendement de la commission ; je tiens simplement à vous alerter sur un problème qui m'a été soumis en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, où les infirmières libérales, qui font une formation en IPA, trouvent leur première année de formation financée, mais pas la seconde. Pouvez-vous vous pencher sur ce sujet ?

J'ai alerté le président de région, j'en fais désormais de même avec le ministère.

Mme le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je suis très ennuyée sur ce sujet. Je comprends évidemment votre position, madame la rapporteure : nous devons toucher à l'organisation des soins avec une main extrêmement prudente.

Malgré tout, des territoires connaissent une telle pénurie que la délégation de tâches est vraiment cruciale. Je me mets également à la place des infirmiers et infirmières qui ont fait l'effort de suivre cette formation d'IPA et qui, à la sortie, ont l'impression de faire un pas en arrière après avoir fait un pas en avant – c'est leur ressenti.

Toutefois, bien qu'une réorganisation soit nécessaire, je rejoins, à titre personnel, la position de Mme Guillotin.

Mme le président. La parole est à M. Henri Cabanel, pour explication de vote.

M. Henri Cabanel. Je ne suis pas un spécialiste de la santé, mais, depuis le début de cette discussion, j'écoute attentivement les interventions de chacun. Monsieur le ministre nous a expliqué hier que des décisions prises par le passé nous avaient menés dans la situation actuelle.

Pour ne pas renouveler les erreurs du passé, je suis – dans tous les domaines, d'ailleurs – favorable à l'expérimentation. Je soutiendrai donc l'amendement de Véronique Guillotin. C'est par l'expérimentation que nous pourrions prendre les décisions les plus sûres pour l'avenir.

Mme le président. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Je veux expliquer pourquoi la commission a pris une telle position.

Nous soutenons bien évidemment les IPA : nos propositions, dans le rapport d'information fait au nom de la commission d'enquête Hôpital, font d'ailleurs état de la nécessité d'aboutir à ce partage des tâches.

Lorsque la ville va mal, l'hôpital va mal. Si nous voulons que la médecine de ville soulage l'hôpital en matière d'admissions ou de consultations, nous devons améliorer l'accès au soin sur les territoires – nous avons eu ce débat hier.

La façon dont nous lisons cet article est la suivante : il s'agit certes d'une expérimentation, le rendant recevable au titre du PLFSS, mais son adoption induirait une réorganisation des soins. Les ordres se sont entendus pour formuler un ensemble de propositions, mais celles-ci ne portaient pas sur la seule question des IPA.

Si nous voulons traiter le sujet par des expérimentations dans le cadre du PLFSS, faisons-le sur l'ensemble des recommandations du Clio. Pourquoi nous focaliser sur une seule profession, alors que l'ensemble des professions médicales et paramédicales sont concernées ?

Que l'on ne nous dise pas que nous protégeons les médecins en procédant de la sorte : ce n'est pas vrai ! J'ai toujours milité pour que le parcours de soins induise un partage entre le médecin et tous les professionnels de santé autour – cela dépasse largement les seuls infirmiers, même s'ils ont une place considérable et remarquable dans le dispositif.

La rédaction de cet article se focalise sur une expérimentation sur les IPA alors que le problème est beaucoup plus large. Pourquoi vouloir le supprimer ? Parce qu'à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale figure une proposition de loi de Stéphanie Rist, portant justement sur les suites du Clio et sur la répartition entre les différents professionnels de santé pour assurer le meilleur accès aux soins et la meilleure prise en charge d'un patient sur un territoire. Nous renvoyons donc cette question à l'examen de ce texte.

Dans le cas où cette proposition de loi serait retirée de l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, nous travaillerions à ce que quelque chose soit fait, car nous ne pouvons pas mélanger la question de l'organisation des soins à des articles disparates du PLFSS – nous avons eu le cas des kinés et des orthoptistes l'an dernier, nous avons maintenant celui des IPA...

Nous ne prenons évidemment pas cette position contre les infirmiers – j'ai d'ailleurs parlé avec le président de l'ordre à cet égard. Nous soutenons chaque profession, à sa place. Tout le monde voit bien comment, sur un territoire, les médecins travaillent avec les infirmiers, les pharmaciens, les kinés, les sages-femmes, etc.

La position de la commission n'est pas de balayer d'un revers de manche cette solution ni, pour autant, de faire traîner les choses pendant des années. Il faut très rapidement que l'organisation des soins entre les différents professionnels de santé soit définie.

Cela étant dit, je valide et confirme la position de la commission.

Mme le président. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Pour ma part, je valide et confirme l'avis défavorable du Gouvernement sur cet amendement.

J'en suis intimement convaincue : personne ici ne doute de l'utilité des IPA. Je remercie Mmes la présidente et la rapporteure de l'avoir réaffirmé.

Nous pourrions évoquer les enjeux du Clio à l'occasion de la discussion du prochain amendement, mais je veux insister sur le fait que cette expérimentation prévue à l'article 24 *ter* doit être mise en œuvre assez rapidement, car nous avons bien la volonté, monsieur Milon, d'accélérer sur la formation des IPA.

Cela suppose d'avoir confiance en ces derniers et en le binôme qu'ils forment avec les médecins. Le président de l'ordre des médecins, que j'ai rencontré hier, nous a incités à aller plus vite sur la formation des IPA.

Si j'entends les remarques sur une certaine superposition des dispositifs, il faut bien dissocier celui-ci par lequel nous envoyons un signal très fort à ces infirmiers de pratique avancée, dont nous allons avoir grandement besoin.

Les enjeux de prise en compte de la formation sont un sujet réel, mais ne concernent pas toutes les régions de la même manière. Les régions doivent prendre en compte la formation pour inciter fortement les infirmiers à se former.

Nous devons envoyer des signaux forts à certaines professions : cette expérimentation en est un. Nous avons besoin des infirmiers, nous avons besoin des infirmiers de pratique avancée, et nous devons lancer cette expérimentation, qui complètera le dispositif sur lequel nous travaillons avec le Clio – j'y reviendrai à l'amendement suivant.

Nous devons avancer ; c'est pourquoi le Gouvernement maintient son avis défavorable sur cet amendement.

Mme le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Madame la ministre, j'étais un peu dans le doute, voyez-vous, mais vous m'avez convaincu de soutenir l'amendement de Mme la rapporteure. (*Sourires.*)

Vous souhaitez donner des signaux et communiquer sur les difficultés que nous rencontrons – soit. Pour notre part, nous attendons une vision. Celle-ci ne peut provenir que des professionnels concernés : les partenaires sociaux en ce qui concerne la branche vieillesse et les retraites ; les ordres et les syndicats médicaux s'agissant de l'organisation des soins.

Nous n'allons pas réorganiser l'ensemble des soins dans le cadre d'un PLFSS. Madame la ministre, attachez-vous à présenter une loi d'organisation de la santé constituant une réponse aux difficultés que nous rencontrons, réponse qui soit partagée par l'ensemble des professionnels et des usagers.

J'invite donc mes collègues à soutenir la proposition selon laquelle la réorganisation doit être décidée par les conventions. Si les conventions ne donnent pas de résultats, sachez que nous saurons alors prendre nos responsabilités.

Mme le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Si je suis sur le principe assez d'accord avec M. Savary, je veux rappeler que nous parlons d'une expérimentation. Dans ces conditions, je m'étonne des

réactions sur certaines travées, car il s'agit d'un sujet très important sur lequel nous devons effectivement montrer des signaux, même – et surtout – au travers du PLFSS.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 60.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme le président. En conséquence, l'article 24 *ter* est supprimé, et les amendements n° 1021 rectifié et 1061 rectifié n'ont plus d'objet.

Article 24 *quater* (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser les conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents à organiser obligatoirement des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans un lieu différent du lieu d'exercice habituel de ces médecins. Outre la rémunération des actes médicaux, ces consultations font l'objet d'un financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du même code, qui tient compte notamment des sujétions et des contraintes géographiques.
- ② II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation mentionnée au I du présent article. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à cette expérimentation, dans la limite de trois régions.
- ③ III. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

Mme le président. Je suis saisie de trois amendements et d'un sous-amendement faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 61, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Rédiger ainsi cet alinéa :

I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser les agences régionales de santé à organiser, selon des modalités arrêtées conjointement avec les conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents, des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans un lieu différent du lieu d'exercice habituel de ces médecins. Le financement des actes médicaux et des sujétions imposées aux médecins qui réalisent ces consultations peut être assuré par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1485-8 du même code.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement concerne l'organisation des consultations avancées – sujet ayant été abordé hier soir.

L'expérimentation prévue à l'article 24 *quater* procède des recommandations du rapport sur les charges et les produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour 2022, que son directeur général nous avait présenté en commission en juillet dernier.

Ce dispositif contribuera utilement, en complément de la rationalisation des aides à l'installation engagées à l'article 24, à remédier aux conséquences de la faible démographie médicale.

Notre amendement vise à réécrire légèrement l'article 24 *quater*, auquel nous sommes favorables sur le fond.

Mme le président. Le sous-amendement n° 1130, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 61, alinéa 3, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Le financement est assuré par l'assurance maladie selon les tarifs de droit commun.

La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Ce sous-amendement vise à garantir l'uniformité de la rémunération des consultations avancées entre les régions.

Mme le président. L'amendement n° 1096 rectifié, présenté par M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier, Poumirol et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 1, première phrase

Après les mots :

peut autoriser

insérer les mots :

conjointement les agences régionales de santé et

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Le débat a commencé hier, donc je serai bref : oui, il faut mettre en place ce type de dispositif. La rédaction initiale le confiait intégralement aux ordres des médecins, ce qui n'était pas une bonne chose.

L'amendement présenté par Mme la rapporteure vise à élargir la compétence d'organisation des consultations avancées aux agences régionales de santé (ARS). C'était également l'objet de notre amendement ; je le retire donc.

Mme le président. L'amendement n° 1096 rectifié est retiré.

L'amendement n° 337 rectifié, présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Burgoa, D. Laurent, Cambon et Calvet, Mmes Thomas et Di Folco, M. Bouchet, Mmes Richer et Dumont, M. Charon, Mmes Puissat et L. Darcos, MM. Panunzi et Cadec, Mme Delmont-Koropoulis, M. Somon, Mmes Jacques et Dumas, M. Laménie, Mme Micouveau et MM. Belin, Bonhomme et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 1, première phrase

1° Après le mot :

compétents

insérer les mots :

, conjointement avec les délégations territoriales des agences régionales de santé, les unions régionales de professionnels de santé, les élus et les syndicats de médecins libéraux,

2° Remplacer le mot :

obligatoirement

par les mots :

de manière incitative

La parole est à Mme Micheline Jacques.

Mme Micheline Jacques. Je présenterai l'amendement au nom de notre collègue Florence Lassarade.

L'article 24 *quater* vise à ce que l'État puisse autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les conseils de l'ordre des médecins territorialement compétents à organiser obligatoirement des consultations de médecins généralistes ou spécialistes dans les zones déficitaires en offre de soins, dans un lieu différent du lieu d'exercice habituel de ces médecins.

Si la coercition ne permettra pas de régler le problème de l'accès aux soins, l'incitation doit être la règle pour valoriser ces consultations avancées là où elles sont nécessaires.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission émet un avis favorable sur le sous-amendement du Gouvernement.

En ce qui concerne l'amendement n° 337 rectifié, je demande à ma collègue de bien vouloir le retirer ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le Gouvernement demande également le retrait de l'amendement n° 337 rectifié, au profit de l'amendement n° 61 sur lequel il émet un avis favorable, sous réserve de l'adoption de son sous-amendement.

Mme Micheline Jacques. Je retire l'amendement n° 337 rectifié, madame la présidente !

Mme le président. L'amendement n° 337 rectifié est retiré.

Je mets aux voix le sous-amendement n° 1130.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 61, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 583 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Fialaire, Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

L'amendement n° 594 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Fialaire, Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer le mot :

trois

par le mot :

six

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter ces deux amendements.

Mme Véronique Guillotin. Je me réjouis de l'adoption de l'amendement n° 61, qui tend à permettre, sous la forme d'une expérimentation, à certains médecins d'exercer en zones sous-denses.

Cela revient, comme nous l'avons évoqué hier, à revenir sur une précédente interdiction, mais les conditions l'imposent. Offrir cette liberté aux médecins est selon moi une bonne chose.

L'amendement n° 583 rectifié vise, afin d'aller encore plus vite, que cette expérimentation s'étende à l'ensemble du territoire national.

L'amendement n° 594 rectifié est un amendement de repli ayant pour objet d'étendre l'expérimentation à six régions au lieu de trois.

Mme le président. L'amendement n° 889 rectifié *bis*, présenté par MM. Hassani, Iacovelli, Lévrier, Théophile, Dennemont, Patient, Mohamed Soilihi et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

dont un territoire ultramarin

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Par cet amendement, nous souhaitons que l'expérimentation s'étende à au moins un territoire ultramarin ; cela nous paraît très important.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission demande le retrait de l'amendement n° 583 rectifié ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Elle émet un avis favorable sur l'amendement n° 594 rectifié, qui tend à étendre l'expérimentation à six régions, de même que sur l'amendement n° 889 rectifié *bis*, qui vise à ce qu'au moins un territoire ultramarin soit concerné par cette expérimentation.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur ces trois amendements.

Mme Véronique Guillotin. Je retire l'amendement n° 583 rectifié, madame la présidente !

Mme le président. L'amendement n° 583 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 594 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 889 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'article 24 *quater*, modifié.

(L'article 24 *quater* est adopté.)

Article 25

① I. – Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :

② « CHAPITRE V

③ « *Mise à disposition temporaire de professionnels de santé auprès des établissements de santé*

④ « *Art. L. 6115-1.* – Les établissements de santé et les laboratoires de biologie médicale ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens ou des sages-femmes ou des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire pendant une durée minimale, appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

⑤ « Il appartient aux entreprises de travail temporaire de vérifier le respect de la condition fixée au premier alinéa et d'en attester auprès des établissements de santé et des laboratoires de biologie médicale au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

⑥ I *bis* (nouveau). – La section 5 *bis* du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 313-23-4 ainsi rédigé :

⑦ « *Art. L. 313-23-4.* – Les établissements et services relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 ne peuvent avoir recours, dans le cadre des contrats de mise à disposition qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire, à des médecins, des infirmiers, des aides-soignants ou des accompagnants éducatifs et sociaux qu'à la condition que ceux-ci aient exercé leur activité dans un cadre autre qu'un contrat de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire pendant une durée minimale, appréciée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

⑧ « Il appartient aux entreprises de travail temporaire de vérifier le respect de la condition fixée au premier alinéa du présent article et d'en attester auprès des établissements et services médico-sociaux au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État.

⑨ « Ce décret prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

⑩ II. – Les I et I *bis* s'appliquent aux contrats de mise à disposition conclus, en application de l'article L. 1251-42 du code du travail, à compter du 1^{er} janvier 2023.

Mme le président. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 390 rectifié *bis*, présenté par Mme Estrosi Sassone, MM. Daubresse et Cambon, Mme Di Folco, M. Sautarel, Mme Thomas, MM. Chaize, Belin, Burgoa, Cardoux, J.B. Blanc, Bacci, Bonnus, Brisson, Panunzi et Cadec, Mme Puissat, MM. Lefèvre, D. Laurent et B. Fournier, Mme L. Darcos, MM. Charon, Bouchet et J.

P. Vogel, Mme Gosselin, M. Chatillon, Mmes M. Mercier et Dumont, MM. Pointereau, Perrin et Rietmann, Mme Canayer, MM. Genet et Sido, Mmes Belrhiti et Chauvin, MM. Frassa et Cuypers, Mmes Jacques, Dumas et Micouleau, M. Saury, Mmes Renaud-Garabedian et Bourrat, MM. Segouin et Gremillet, Mme Ventalon, M. Bansard, Mme Borchio Fontimp, MM. Klinger et Babary et Mme Demas, est ainsi libellé :

I – Alinéa 4

1° Remplacer les mots :

qu'ils concluent avec des entreprises de travail temporaire

par les mots :

de personnel

2° Remplacer le mot :

mission

par le mot :

travail

3° Remplacer les mots :

travail temporaire

par les mots :

mise à disposition de personnel

II – Alinéa 5

1° Remplacer les mots :

de travail temporaire

par les mots :

réalisant une mise à disposition de personnel

2° Compléter cet alinéa par les mots :

et concernent les personnels n'ayant pas été recrutés par ces entreprises avant cette date

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Cet amendement vise à étendre le champ d'application de l'article 25 à toute forme de mise à disposition de personnel, afin de ne pas le limiter à la mise à disposition de personnel par des entreprises de travail temporaire. Ces dernières sont d'ailleurs considérées à tort comme l'une des causes des pénuries de personnel, alors qu'elles ne représentent qu'une part minoritaire des mises à disposition de personnel de santé dans les établissements de santé et qu'elles contribuent à la continuité des soins, en particulier dans les déserts médicaux.

Les autres formes de mise à disposition de personnel, certes moins connues, mais qui sont proposées par d'autres types de structures, comme les sociétés coopératives, les groupements d'employeurs, les entreprises de travail à temps partagé, doivent également être concernées par cette régulation.

Le Gouvernement a également précisé que les dispositions envisagées concernaient les jeunes diplômés, particulièrement sensibles aux conditions de tutorat lors de leur première prise de poste et à la sécurisation de leur transition professionnelle, et qu'il s'agissait de renforcer la régulation de l'intérim en début de parcours professionnel.

C'est pourquoi le présent amendement tend à préciser que les personnels de santé concernés par l'article 25 sont ceux qui n'ont jamais été mis à disposition auprès d'un établissement de santé. Sinon, cela signifierait que les dispositions prévues à l'article 25 s'appliqueraient à tous les personnels de santé, qu'ils soient en début de carrière ou non. Cela serait contraire à l'objectif affiché par le Gouvernement dans l'exposé des motifs de l'article 25, ainsi que dans l'étude d'impact de cet article du PLFSS, dans laquelle il est précisé que « cette mesure favorisera donc l'orientation des jeunes professionnels vers un premier emploi en établissement de santé, afin qu'ils y acquièrent une solide expérience ».

Mme le président. L'amendement n° 894 rectifié, présenté par MM. Lévrier, Hassani, Iacovelli et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

1° Après la première occurrence du mot :

temporaire

insérer les mots :

établies en France ou à l'étranger

2° Remplacer les mots :

une entreprise

par les mots :

une de ces entreprises

II. – Alinéa 5

1° Après le mot :

temporaire

insérer les mots :

mentionnées au précédent alinéa

2° Remplacer les mots :

au premier alinéa

par les mots :

à ce même alinéa

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Cet amendement vise à renforcer le dispositif proposé en étendant la condition de durée minimale d'exercice dans un cadre autre que des missions d'intérim aux professionnels de santé mis à disposition auprès d'un établissement de santé situé en France, dans le cadre d'un contrat conclu par une entreprise de travail temporaire établie à l'étranger.

Sans cette mesure, le cas très précis des professionnels de santé ayant un contrat avec une entreprise à l'étranger ne serait pas pris en compte. Or, nous le savons, de telles situations existent et il faut y répondre. Il nous faut donc nous assurer que l'article 25 intègre ces contrats.

Mme le président. L'amendement n° 1015 rectifié *bis*, présenté par Mme M. Filleul, M. Antiste, Mme Blatrix Contat, MM. Bourgi, Cozic, P. Joly et Marie, Mme Monier, M. Pla, Mme Poumirol, MM. Redon-Sarrazy et Tissot, Mme Van Heghe et M. Stanzione, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après le mot :

temporaire

insérer les mots :

et de contrats conclus de gré à gré

La parole est à Mme Martine Filleul.

Mme Martine Filleul. Cet amendement vise à étendre la régulation imposée aux intérimaires aux soignants passant des contrats de gré à gré. En effet, réguler l'intérim sans réguler les contrats de gré à gré rendrait la mise en œuvre de l'article 25 inefficace.

Le recours à l'intérim médical pèse lourdement sur les finances des établissements de santé. Son coût annuel a explosé pour l'hôpital public : il est passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1,4 milliard d'euros en 2018. Selon une étude de la direction générale des finances publiques d'octobre 2021, le taux de recours au travail temporaire pour le personnel médical atteint près de 20 %. Ce taux élevé inclut l'intérim médical strict et les contrats de gré à gré.

Cette pratique est dénoncée de longue date, notamment par la Fédération hospitalière de France. Si nous légiférons seulement sur les contrats passés par le biais des entreprises d'intérim, les intérimaires se reporteront sur les contrats conclus de gré à gré.

C'est pourquoi le présent amendement vise à préserver l'esprit de cet article, en protégeant les hôpitaux de la surcharge financière que représente le recours à l'intérim à l'hôpital public.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends les arguments de notre collègue Dominique Estrosi Sassone. Sur le fond, limiter l'interdiction aux entreprises de travail temporaire peut paraître insuffisant. Cependant, les entreprises de travail à temps partagé ou les plateformes que son amendement entend viser sont mal identifiées.

Par ailleurs, je m'interroge sur les risques que présenterait l'exclusion des groupements d'employeurs. Des groupements d'hôpitaux ne pourraient ainsi plus se constituer pour s'organiser collectivement, ce qui serait dommage.

Pour ces raisons, et compte tenu des incertitudes, non négligeables dans ce domaine, il a semblé à la commission que, à ce stade, l'évolution du champ d'interdiction n'était pas opportune.

J'ai cependant plusieurs questions à vous poser, madame la ministre. Nous entendons tous lutter contre l'intérim médical. Pouvez-vous nous éclairer sur le nombre de contrats d'intérim et sur le nombre de mises à disposition relevant d'autres types d'entreprises que des entreprises de travail temporaire, car c'est bien là le sujet ? Comment se répartissent les volumes et les parts de marché du secteur ? Enfin, combien de sociétés organisant de telles mises à disposition sont-elles localisées en France ? Où sont situées les entreprises de ce secteur établies à l'étranger ?

Tel qu'il est rédigé, l'amendement vise à autoriser l'intérim aux professionnels ayant déjà effectué des missions d'intérim. Ainsi, un infirmier ayant deux ans de pratique, mais n'ayant jamais fait d'intérim, n'aurait plus le droit d'en faire alors qu'un infirmier ayant seulement quelques mois de pratique, mais ayant déjà fait de l'intérim, serait autorisé à en faire de nouveau. Il y a là un petit problème de rédaction.

La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 390 rectifié *bis* ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

J'en viens à l'amendement n° 894 rectifié. Je reconnais à notre collègue Martin Lévrier un souci certain de la qualité de la rédaction de la loi, et je l'en remercie ! (*Sourires approbateurs.*) Ces précisions rédactionnelles étant bienvenues, la commission émet un avis favorable sur cet amendement.

MM. André Reichardt et Jean-Raymond Hugonet. Ça se fête !

M. Martin Lévrier. C'est le deuxième ! (*Sourires.*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La question que soulèvent les auteurs de l'amendement n° 1015 rectifié *bis* est pertinente. Je me suis interrogée sur l'opportunité d'étendre le champ d'interdiction aux contrats de gré à gré. J'ai posé cette même question aux fédérations hospitalières. Cela ne leur semble pas opportun, pour des raisons assez claires qui m'ont conduite à ne pas proposer cette extension.

D'une part, ce que l'on appelle le gré à gré est mal défini. Il s'agit en réalité du droit commun contractuel encadré. En outre, ces contrats ont des plafonds définis et inférieurs aux contrats d'intérim.

D'autre part, et surtout, il faut bien voir que ces contrats sont la forme qui permet « d'entrer » dans les hôpitaux, si je puis me permettre cette expression. C'est par le biais de contrats directs avec les établissements que se prépare le concours de praticien hospitalier, par exemple. C'est par le biais de tels contrats que sera aussi demain remplie la condition que l'article 25 impose pour accéder à l'intérim.

La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 1015 rectifié *bis* ; à défaut, elle y sera défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Je commenterai par répondre aux questions de Mme la rapporteure en donnant quelques chiffres concernant l'intérim.

Pour l'hôpital public, le coût annuel de l'intérim est passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1 424 millions en 2018. Nous ne disposons pas encore des chiffres consolidés, mais ce coût n'a fait qu'augmenter ces dernières années.

Pour les personnels médicaux, les dépenses d'intérim, c'est-à-dire pour des personnels embauchés *via* une entreprise de travail temporaire, sont passées, elles, de 162 millions en 2019 à 167 millions en 2021.

Il s'agit là de données comptables extraites des budgets des établissements publics de santé. Le recours à l'intérim dans les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux n'a donc cessé de croître au cours des deux dernières décennies.

Le recours à l'intérim a plus que doublé entre 2000 et 2021 dans les établissements de santé et a été multiplié par dix dans les établissements du secteur social et médico-social, ce qui nous a incités à réagir.

J'en viens à l'avis du Gouvernement sur les trois amendements.

Madame Estrosi Sassone, le Gouvernement émet un avis défavorable sur votre amendement. Il tend à élargir le dispositif de l'article 25 à toutes les formes de mises à disposition de personnel, autres que celles qui sont réalisées *via* une entreprise de travail temporaire.

Nous partageons tous l'objectif de régulation des dérives de l'intérim médical, mais votre amendement, tel qu'il est rédigé, appelle plusieurs observations.

Tout d'abord, la notion de mise à disposition de personnel mérite une caractérisation précise, *a fortiori* si elle est inscrite dans la loi. En effet, cette notion recouvre notamment une position statutaire pour les agents publics titulaires de la fonction publique et pour les praticiens hospitaliers.

Vous évoquez, par ailleurs, les sociétés coopératives, les groupements d'employeurs et les entreprises de travail à temps partagé, sans préciser clairement le statut des entreprises que vous souhaitez soumettre aux dispositions de l'article 25. Il en résulte un flou sur l'objet de l'amendement et sur son objectif.

Sur l'amendement n° 894 rectifié, le Gouvernement émet un avis favorable, pour les mêmes raisons que Mme la rapporteure.

Enfin, il émet un avis défavorable sur l'amendement n° 1015 rectifié *bis* de Mme Filleul, pour les mêmes raisons également que Mme la rapporteure. Le gré à gré apporterait plus de problèmes que de solutions.

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Certes, il faut réguler l'intérim ; mais sans infirmières intérimaires, les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ne peuvent pas fonctionner, qu'ils soient situés dans des déserts médicaux ou simplement un peu loin de villes moyennes ou d'un CHU.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Je retire mon amendement, madame la présidente !

Mme le président. L'amendement n° 390 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 894 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1015 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 907, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

Après les mots :

sages-femmes

insérer les mots :

, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes

II. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du I s'appliquent aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Alors que les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux contribuent pour une large part à leur formation, une grande majorité

de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens s'orientent, dès leur diplôme obtenu, vers un exercice libéral.

Or cette situation, qui s'ajoute à un *numerus clausus* faible, met en grande difficulté de nombreux établissements. Les postes non pourvus au sein des établissements contribuent à étendre les zones sous-denses en spécialistes dans certains territoires.

Ainsi, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2019, 75 % des habitants des territoires ruraux avaient des difficultés pour accéder à des masseurs-kinésithérapeutes.

Concomitante à la pénurie de généralistes, la pénurie de spécialistes et de personnels paramédicaux constitue un problème majeur en ce qu'elle ne permet pas un égal accès aux soins. En outre, elle freine l'installation d'autres professionnels de santé, entretenant ainsi un cercle vicieux.

Cet amendement vise donc à conditionner l'installation en libéral des masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens à une durée minimum d'expérience professionnelle au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement ou service social ou médico-social.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il convient d'abord de mettre en œuvre le dispositif prévu, qui est très sensible, et de l'appliquer aux professions visées avant d'envisager son extension.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Pour les mêmes raisons que Mme la rapporteure, le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 907.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 62, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après le mot :

minimale

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

au cours des douze derniers mois. Cette durée est appréciée dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État qui tiennent compte des conditions préalables d'exercice de son activité par le professionnel.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 25 prévoit d'encadrer l'intérim médical et paramédical en début de carrière, au nom de la garantie de la qualité des soins dans les établissements de santé. Cependant, alors que l'intérim médical et paramédical fragilise dangereusement les équipes de soins, la préservation de la qualité des soins passe pour tous les professionnels, au-delà des seuls jeunes diplômés, par une pratique en activité stable.

Le présent amendement vise ainsi à ce que l'intérim ne soit ouvert, dans le cadre de contrats de mise à disposition, qu'à des professionnels ayant exercé récemment dans le cadre de contrats classiques, même à durée déterminée.

Cependant, l'article prévoit une exigence différente selon l'ancienneté des professionnels dans leur exercice et préserve l'intention d'interdiction aux jeunes diplômés. À cette fin, l'appréciation de la durée d'exercice sur les douze derniers mois tient compte de l'exercice préalable.

Mme le président. L'amendement n° 325 rectifié, présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Burgoa, D. Laurent, Cambon et Calvet, Mmes Thomas, Di Folco et Richer, M. Bouchet, Mme Dumont, M. Charon, Mmes Puissat, L. Darcos et Gosselin, MM. Allizard, Panunzi et Cadec, Mmes Delmont-Koropoulis, Jacques et Dumas, M. Laménie, Mme Micouleau et MM. Belin, Bonhomme et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La période d'intérim dans le service public hospitalier ne peut excéder cinq ans.

La parole est à Mme Micheline Jacques.

Mme Micheline Jacques. Le recours à l'intérim représente pour les établissements hospitaliers un coût non négligeable, qui grève considérablement leur budget. Non seulement il a un impact financier majeur sur les budgets des établissements de santé, mais il entraîne également une déstabilisation des services hospitaliers, des équipes médicales et soignantes, susceptible de nuire à la qualité des soins.

De surcroît, le recours à l'intérim est un facteur de tension : les praticiens qui s'investissent durablement dans le service public hospitalier se sentent dévalorisés par rapport aux médecins de passage, dont les rémunérations sont sans commune mesure avec les leurs.

Cet amendement vise donc à réguler un peu plus le recours à l'intérim, en limitant à une durée de cinq ans la période d'intérim dans une carrière.

Mme le président. L'amendement n° 421 rectifié *ter*, présenté par MM. P. Joly, Sueur, Fichet, Pla, Gillé, Cozic, Michau et Tissot, Mme Préville, M. Vallini, Mmes Van Heghe et Espagnac, M. Todeschini, Mmes G. Jourda et Blatrix Contat, M. Bourgi, Mme Monier, M. Redon-Sarrazy, Mmes Poumirol et M. Filleul, MM. Mérillou, Stanzione et Lozach, Mme Bonnefoy et M. J. Bigot, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– L'article L. 6146-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnels médicaux peuvent exercer des missions de travail temporaire dans les établissements publics de santé, dans les conditions prévues à l'article L. 334-3 du code général de la fonction publique, pour une durée maximale de six mois cumulés sur une période glissante de cinq ans. Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du présent code, cette durée maximale, comprenant le cas échéant la durée effectuée hors de ces zones, est portée à vingt-quatre mois. »

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Comme les précédents, cet amendement porte sur l'intérim médical. Il vise à éviter un certain nombre d'abus ou d'aspects négatifs.

Le recours à l'intérim s'est beaucoup développé et a pris de telles proportions qu'il entraîne des coûts injustifiés et fragilise les finances de nos établissements. Il a pour effet une implication insuffisante des équipes soignantes dans les établissements. On sait pourtant qu'il s'agit là de l'une des conditions de la qualité des soins.

En outre, le recours à l'intérim est source d'iniquité entre des personnels qui exercent pourtant les mêmes missions au sein d'un établissement. On le constate, il produit un effet boule de neige : les personnels passent d'activités sous statut à des missions d'intérim.

Néanmoins, nous avons besoin de l'intérim, d'abord pour répondre aux situations de certains professionnels de santé, qui peuvent avoir besoin temporairement d'exercer dans ce cadre, mais également pour permettre à nos établissements de faire face à leurs besoins.

Il convient toutefois de réguler cette pratique. C'est la raison pour laquelle nous proposons de limiter à six mois, sur des périodes glissantes de cinq ans, la durée totale des missions d'intérim. Cette période serait portée à vingt-quatre mois pour les établissements situés dans des zones sous-dotées.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission demande le retrait des amendements n° 325 rectifié et 421 rectifié *ter* au profit de son amendement n° 62 ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Il est clair que l'on ne fait pas carrière en intérim. Tels qu'ils sont rédigés, les deux amendements ne me semblent pas opérationnels.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les trois amendements.

Nous sommes tous d'accord pour lutter contre l'intérim médical. L'objectif de ces amendements est de fixer une durée globale et unique, appréciée dès le début de la carrière.

L'amendement n° 62 de la commission vise à limiter la durée d'exercice maximale aux douze derniers mois, ce qui restreindrait excessivement le champ d'application du présent article et rendrait plus complexe sa mise en œuvre.

Les dispositions de l'article 25, tel qu'il figure dans le projet de loi, nous semblent plus lisibles et, donc, plus efficaces.

Mme Micheline Jacques. Je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme le président. L'amendement n° 325 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 62.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 421 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 63, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce décret prévoit les sanctions applicables en cas de manquement constaté à l'interdiction prévue au présent article. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'extension de l'interdiction au champ des établissements sociaux et médico-sociaux a été assortie de possibles sanctions en vue de garantir le respect de cet article. Il convient de prévoir également des sanctions au sein des dispositions propres aux établissements de santé.

Tel est l'objet de cet amendement.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Votre amendement, madame la rapporteure, vise à inscrire de façon précise que les sanctions applicables en cas de non-respect de l'interdiction prévue au présent article seront définies par décret. Or l'article prévoit déjà que ces modalités d'application seront fixées par décret.

Cette mention recouvre notamment les sanctions applicables en cas de non-respect de l'interdiction posée par la loi, dont les modalités doivent être encore définies.

L'amendement étant satisfait, le Gouvernement demande son retrait ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Comme je l'ai déjà dit précédemment, il faut certes limiter le recours à l'intérim, mais attention aux sanctions ! Je le répète : un Ehpad ne peut pas fonctionner sans infirmières.

Mme le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. J'ai bien entendu l'avis défavorable de Mme la ministre. Je précise que l'amendement de la commission ne vise qu'à harmoniser la rédaction, rien de plus, rien de moins, en prévoyant également des sanctions dans le champ des établissements de santé.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 64, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 6115- I. – Afin de renforcer la continuité des soins à l'échelle du territoire, les établissements de santé peuvent signaler aux agences régionales de santé un risque anticipé concernant leur capacité à assurer l'intégralité de leur activité programmée et remplir leurs obligations de permanence des soins. Ils indiquent alors les effectifs médicaux et paramédicaux susceptibles de permettre le maintien de ces activités.

« II. – Les agences régionales de santé peuvent, sur les crédits du fonds d'intervention régional, participer au financement de contrats de missions pour des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et des professionnels de santé relevant du livre III de la quatrième partie conclus avec une entreprise de travail temporaire en vue de contribuer à assurer les activités mentionnées au I. Ces contrats ne peuvent déroger aux conditions prévues à l'article L. 6115-1.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le rôle de l'agence régionale de santé en appui aux établissements de santé doit être renforcé en vue d'apporter une réponse coordonnée et cohérente à l'échelle du territoire.

La commission souhaite que l'ARS puisse assurer une mission de soutien aux établissements en permettant à ceux-ci de lui déclarer des besoins en personnels de nature à remettre en cause leur activité.

L'ARS aurait alors pour mission d'appuyer les établissements, en priorisant les demandes au regard des besoins sur le territoire. Elle pourrait en amont s'assurer d'un vivier de renforts disponibles, en lien avec des sociétés d'intérim, et, au titre de la mission de soutien à la continuité et à la qualité des soins du fonds d'intervention régional (FIR), financer certains contrats. Les contrats demeureraient conclus sur l'initiative des établissements, l'ARS n'ayant pas vocation à se substituer à eux.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le Gouvernement émet un avis très défavorable sur cet amendement.

Tout d'abord, sa première partie est satisfaite dans les faits. Les ARS connaissent de manière fine les difficultés des établissements et adaptent leurs réponses en fonction de ces difficultés. L'article L. 1431-2 du code de la santé publique prévoit déjà que les agences ont un rôle d'observation de la situation de la région et de gestion des situations de crise.

La seconde partie de l'amendement tend à prévoir la mobilisation du fonds d'intervention régional, un outil souple géré par les ARS, qui oriente les financements vers les besoins identifiés des territoires. Un fléchage tel que celui qui est envisagé n'est pas nécessaire.

Par ailleurs, l'amendement ne va pas dans le sens de l'objectif de la politique que nous menons en la matière : nous souhaitons encadrer l'exercice professionnel en intérim et stabiliser les collectifs de travail.

Mme le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je souhaite expliquer le vote de notre groupe.

Nous sommes tous d'accord sur les effets négatifs de l'intérim. Nous essayons de bricoler un certain nombre de mesures, mais toutes ne sont pas satisfaisantes. Mieux vaudrait traiter la question de manière plus globale.

Madame la ministre, vous le savez, M. Braun a lui-même dénoncé « l'intérim cannibale », considérant qu'il risque de « fissurer profondément l'esprit d'équipe » chez les soignants.

Alors qu'il y a un manque criant de soignants à l'hôpital, certains médecins effectuent des missions temporaires et font monter les enchères, parfois jusqu'à 4 000 euros les vingt-quatre heures de garde. Selon la Fédération hospitalière de France, l'intérim médical coûte 10 milliards d'euros aux hôpitaux.

Un décret de 2017 encadre le travail intérimaire dans les hôpitaux et plafonne à 1 170 euros la garde de vingt-quatre heures pour un médecin ; mais comment se fait-il, madame la ministre, que l'entrée en vigueur des dispositions de la loi visant à améliorer le système de santé relatives à ce plafond ait été suspendue ? Certes, il y a eu la crise du covid-19, mais

bon... Ces dispositions vont-elles être enfin appliquées ? Telle est la question que ma collègue Céline Brulin et moi vous posons.

Ces dispositions n'étant pas mises en œuvre, on assiste à une mise en concurrence entre les établissements, en raison d'un manque cruel de personnels, ce qui fait monter les enchères.

Selon Frédéric Adnet, chef du service des urgences de l'hôpital Avicenne à Bobigny, il faut immédiatement réguler le travail intérimaire, mettre fin à ces salaires mirobolants et, dans le même temps, revaloriser les gardes hospitalières.

J'attire votre attention, madame la ministre, sur le fait que l'indemnité de garde n'a pas été revalorisée depuis vingt ans : elle s'élève à 250 euros, soit 20 euros de l'heure pour quelqu'un qui a fait dix ans d'études. Il faut agir !

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 64.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'article 25, modifié.

(L'article 25 est adopté.)

Après l'article 25

Mme le président. L'amendement n° 1062 rectifié *bis*, présenté par Mme Jasmin, M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Le Houerou, Meunier, Poumirol et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévaille, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après le mot : « spécifiques », sont insérés les mots : « , liés notamment à l'éloignement, à l'insularité, aux surcoûts des dépenses de personnel, de maintenance du matériel et de mise aux normes des bâtiments ainsi qu'aux sur-dépenses liées à la précarité sanitaire des populations ».

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement concerne les outre-mer, particulièrement la problématique des coefficients géographiques. La Fédération hospitalière de la Guadeloupe, présidée par le docteur André Atallah, cardiologue, m'a encore alertée il y a quelques jours à ce sujet.

La crise sanitaire a mis en lumière les difficultés structurelles de l'offre de soins en outre-mer et la sous-dotation généralisée des établissements de santé de ces territoires.

Depuis plusieurs années, nous alertons le Gouvernement sur l'urgence de revoir le financement de ces établissements, notamment en revalorisant les coefficients géographiques.

Dans tous les départements d'outre-mer, les hôpitaux font face à des surcoûts liés à l'insularité, à l'accréditation, à la certification, à l'amélioration continue de la qualité, aux stocks tampons. Chez nous, il faut des stocks tampons, ce qui n'est pas le cas sur le territoire hexagonal. Or la crise

sanitaire a entraîné de grosses pertes, car de nombreux examens n'ont pu être réalisés, par exemple dans les laboratoires.

Les services supports doivent avoir une qualification pour leurs équipements, dont le coût est amplifié dans les territoires d'outre-mer.

Les évacuations sanitaires entraînent également des surcoûts. La Guadeloupe est certes un archipel, mais l'ARS de Guadeloupe inclut également Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Les évacuations sont donc nombreuses.

À cela s'ajoutent les coûts liés à la mise aux normes de certains établissements face aux risques naturels majeurs et les surcoûts liés aux dépenses de personnel. On vient d'évoquer les intérimaires – je ne dirai pas comment on les appelle chez nous ; ils représentent des surcoûts considérables. Il est vrai que les personnes qui exercent ici et qui viennent travailler là-bas rendent service, mais à quels prix ? Vous connaissez mieux que moi ces prix...

Je souhaite donc, madame la ministre, que vous preniez en compte les difficultés de ces territoires.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article du code de la sécurité sociale que cet amendement vise à modifier prévoit déjà que des coefficients géographiques s'appliquent « afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

La situation des outre-mer est bien évidemment préoccupante, mais la rédaction actuelle de l'article ne se trouverait pas améliorée par les précisions que tend à introduire cet amendement.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. L'outre-mer nous préoccupe. Je me suis d'ailleurs rendue à La Réunion, où la question des coefficients géographiques a été évoquée par vos collègues.

Je rappelle néanmoins que les coefficients géographiques visent à compenser certains surcoûts spécifiques liés à la zone géographique, plus particulièrement à l'insularité et à l'éloignement.

Parmi les postes de surcoût identifiés et liés à la zone géographique figurent les surcoûts de personnel, que vous avez évoqués, le prix d'achat des médicaments, auquel s'ajoutent, par exemple, les frais d'approche et d'acheminement.

Soucieux de prendre en compte la réalité des surcoûts supportés par ces territoires, le Gouvernement a confié l'année dernière à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) une étude relative au calcul des coefficients géographiques. Ces travaux sont encore en cours et doivent aboutir prochainement.

Il me semble utile, à ce stade, de ne pas modifier les termes de la loi en attendant les résultats de ces travaux.

Pour ces raisons, nous demandons le retrait de cet amendement ; à défaut, nous émettrons un avis défavorable.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Depuis des années, ces questions sont soulevées ; depuis des années, les mêmes réponses y sont apportées, quels que soient les ministres. (*Mme la ministre déléguée s'exclame.*) Ce n'est pas vous faire injure, madame la ministre, que de le dire. Vous n'êtes pas concernée personnellement, mais force est de constater que tous les ministres nous font, chaque fois, le même type de réponse.

Je souhaite juste attirer l'attention sur un point : toutes ces questions sont justes ; or nous – vous le voyez, je dis bien « nous », madame la ministre – n'y répondons jamais. Résultat : lors des dernières élections, ce sont les partis les plus protestataires qui ont recueilli les suffrages des électeurs de ces départements, tout simplement parce qu'ils ont un sentiment d'abandon, qui nourrit de la colère et le rejet de ceux qui gouvernent le pays.

L'amendement de Mme Jasmin, s'il était adopté, ne réglerait pas le problème, nous en sommes bien d'accord, mais il s'agit de bien plus qu'un amendement d'appel : c'est un amendement d'appel au secours !

Mme le président. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit, mais nous devons attendre les résultats de l'étude lancée par la Drees sur ce sujet, éminemment complexe. J'ai bien vu, à La Réunion, l'impact des coefficients géographiques. La problématique est réelle, et nous prenons l'engagement de travailler avec tous les acteurs du territoire une fois connus les résultats de cette étude.

Mme le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Nous avons effectué une mission il y a quelques années à La Réunion et en Guadeloupe, où nous avons également constaté que les coefficients géographiques posaient problème. L'étude lancée par la Drees n'est certes pas inutile, mais nous savons que les ARS versent une aide exceptionnelle à la fin de chaque année, car le coefficient géographique est insuffisant... Il suffit de prendre ces chiffres pour déterminer quels coefficients géographiques seraient adéquats. Ne pas le faire entraîne une incertitude permanente sur le fonctionnement des hôpitaux de ces territoires.

Je voterai donc cet amendement.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1062 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme le président. L'amendement n° 697, présenté par Mme Jacquemet, MM. Henno et Vanlerenberghe, Mmes Guidez, Sollogoub et Devésa et MM. Duffourg et Janssens, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase, après le mot : « gestionnaires », sont insérés les mots : « ou de tout organisme, société ou groupe disposant d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion dans l'établissement, ou de contrôle de celui-ci au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, ainsi que les structures satellites qui entre-

tiennent des liens juridiques et financiers avec ces établissements, et notamment les sociétés civiles immobilières (SCI), » ;

2° À la deuxième phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux juridictions financières et à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des Finances dans le cadre de leurs contrôles, » ;

3° Sont ajoutés les mots : « , ainsi qu'aux juridictions financières et à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des Finances dans le cadre d'un contrôle de gestion et des comptes qu'elles peuvent exercer sur ces établissements ».

La parole est à Mme Annick Jacquemet.

Mme Annick Jacquemet. Cet amendement vise à permettre aux juridictions financières et aux organismes de contrôle administratif de contrôler les cliniques privées et leurs sociétés, ainsi que les sociétés qui exercent sur celles-ci un contrôle direct ou indirect, en imposant que les documents comptables et financiers nécessaires soient transmis à ces instances.

Il s'inscrit dans le cadre des mesures de renforcement des outils de contrôle applicables aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales, prévues à l'article 32 de ce texte. Ce contrôle permettra notamment d'identifier les trop-versés par l'assurance maladie, ce qui génèrera des économies. Dans l'affaire Orpea, par exemple, on a découvert que plus de 50 millions d'euros avaient été versés indûment.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous avons tous suivi le scandale Orpea, qui a fait suite, au début de l'année, à la publication du livre *Les Fossoyeurs*.

Ce scandale nous conduit à renforcer le contrôle des Ehpad et des groupes qui les détiennent. C'était une demande de la commission d'enquête menée par nos collègues Bernard Bonne et Michelle Meunier, et c'est l'objet de l'article 32 du présent PLFSS.

L'intention des auteurs de cet amendement est claire : faire de même pour les établissements de santé privés.

Observons tout d'abord que les cliniques privées ne sont pas comparables aux Ehpad. Ces derniers n'étaient pas suffisamment contrôlés, notamment parce que leur fonctionnement était organisé en différentes sections – soins, dépendance et hébergement –, mais aussi en raison de la pluralité des tutelles. Pour les cliniques, l'assurance maladie et les ARS ont des rôles très clairs et bien identifiés. Vouloir contrôler les établissements de santé, oui ; jeter la suspicion, non !

De plus, si nous voulons, à moyens constants, contrôler efficacement les Ehpad et les groupes qui les possèdent, il faut fixer des priorités : on ne peut pas contrôler tout le monde.

La Cour des comptes peut déjà, aux termes de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, contrôler les cliniques privées. Elle en a d'ailleurs contrôlé seize dès 2019. Les chambres régionales et territoriales des comptes le peuvent aussi, en proximité, aux termes de l'article L. 211-7 du même code.

Cet amendement ne vise qu'à organiser la transmission de données dont la Cour dispose déjà... En d'autres termes, il n'a pas l'effet que son objet lui donne. Pour qu'il l'ait, il faudrait modifier les deux articles du code des juridictions financières que je viens de citer. L'adoption de l'amendement

ne ferait que rendre obligatoire la transmission de documents comptables. Or ces informations sont déjà accessibles aux juridictions financières, qui peuvent exercer leur droit de communication.

Par ailleurs, cette transmission des comptes certifiés a été supprimée par l'ordonnance de mars dernier pour les établissements contrôlés par la Cour. La rendre obligatoire pour les cliniques ne semble donc pas cohérent.

Je demande donc le retrait de cet amendement, qui pourrait ainsi être retravaillé en vue d'une nouvelle discussion dans le cadre d'un texte sur les établissements de santé. À défaut de retrait, l'avis de la commission sera défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement. Pas de jugement, madame la rapporteure, et, surtout, pas de suspicion : il s'agit simplement de permettre le contrôle, par les juridictions financières et les organismes de contrôle administratifs, des établissements de santé privés, de leurs sociétés satellites ainsi que des sociétés qui exercent sur elles un contrôle direct ou indirect, en imposant que les documents comptables et financiers nécessaires soient transmis à ces instances.

Les auteurs de l'amendement entendent transposer dans le code de la santé publique et compléter pour le champ sanitaire les dispositions qui vont être prises pour les Ehpad à l'article 32 du présent texte.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Bonne, pour explication de vote.

M. Bernard Bonne. L'enquête que j'ai menée avec Michelle Meunier nous a conduits à la conclusion qu'il fallait absolument contrôler les Ehpad, notamment les Ehpad privés à but lucratif. De fait, il y a là de l'argent public qui peut être utilisé de façon anormale.

Pour les cliniques, il en va différemment, et il me semble que le Gouvernement essaie de rattraper l'erreur qu'il a faite en ne contrôlant pas suffisamment ces groupes.

Nous sommes face à une demande de contrôle des cliniques privées, qui sont pourtant très différentes des Ehpad. Elles peuvent être contrôlées sur le plan médical, mais pas en ce qui concerne l'hébergement hôtelier, et leur financement est accepté par les personnes qui y entrent – celles qui entrent en Ehpad n'ont pas la possibilité de se défendre de la même façon.

Il fallait pousser les contrôles sur les Ehpad, mais ceux-ci n'ont rien à voir avec les cliniques. Il n'y a donc pas de raison d'accepter cet amendement.

Mme le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je suis très favorable à cet amendement, et j'espère que celui que j'ai déposé à l'article 32, qui va à peu près dans le même sens, recevra un avis favorable du Gouvernement.

Nous sommes dans une période où il faut absolument contrôler les fraudes. Il est indispensable que l'ensemble des établissements soient soumis au maximum de contrôles, car l'argent qui est fraudé ne va pas aux urgences, aux infirmières, au système de santé...

Je soutiens donc énergiquement cet amendement, pleine d'espoir pour celui que j'ai déposé à l'article 32 !

Mme le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. J'ai cosigné cet amendement. Dans votre explication assez technique, madame la rapporteure, vous n'avez pas dit qu'il était satisfait. Il semble donc possible d'aller vers plus de transparence, ce qui ne nuira pas, de toute manière.

Le contexte actuel est un peu compliqué pour tout le monde. Des scandales ont éclaté à propos des Ehpad. La transparence ne nuira jamais. Sans qu'il soit question d'aller vers la suspicion systématique (*Mme la présidente de la commission des affaires sociales indique qu'elle s'y opposerait.*), il s'agit simplement de demander de la transparence, ce qui est parfaitement légitime.

Mme le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. J'apprécie l'avis favorable que vous avez émis, madame la ministre, et mon groupe, finalement, votera cet amendement, alors que nous comptons, je le dis en toute transparence, nous abstenir.

Contrairement à mon collègue corapporteur de la commission d'enquête sur le contrôle des Ehpad, je pense que la démarche de transparence doit être la même dans les Ehpad et les cliniques.

Mme le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, *rapporteure*. La question n'est pas de savoir si l'on est pour ou contre les contrôles, évidemment. Simplement, cet amendement, tel qu'il est rédigé, n'aurait pas, en cas d'adoption, l'effet que décrit son objet. Pour obtenir cet effet, il faudrait modifier les deux articles du code des juridictions financières que j'ai cités.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Fialaire, pour explication de vote.

M. Bernard Fialaire. Mon groupe votera cet amendement : nous avons besoin de transparence, pour remettre de la confiance entre nos concitoyens et le système de santé.

On a observé une évolution des cliniques privées, qui étaient au début des outils entre les mains des professionnels, et qui passent à présent sous le contrôle de grands groupes financiers cherchant à faire des bénéfices pour distribuer des dividendes. Cette évolution justifie un renforcement des contrôles.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 697.

M. Alain Milon. Pour ma part, je m'abstiens !

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 25.

L'amendement n° 1140 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article 35 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa du V, l'année « 2023 » est remplacée par l'année « 2024 » ;

2° Au 2° du VI, l'année « 2023 » est remplacée par l'année « 2024 » ;

3° Le septième alinéa du VI est ainsi rédigé :

« Pour les activités mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2022, à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 28 février 2023 et, pour les années 2023, 2024 et 2025, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours. Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, les valeurs mentionnées au quatrième alinéa du présent VI prennent effet, pour l'année 2024, à compter du 1^{er} janvier 2024 et jusqu'au 28 février 2025 et pour l'année 2025, à compter du 1^{er} mars jusqu'au 31 décembre 2025. »

II. – La deuxième phrase du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi rédigée : « Jusqu'au 31 décembre 2023, par dérogation à l'article L. 162-20-1 dudit code, les tarifs applicables en 2022 dans chaque établissement de santé restent en vigueur et servent de base au calcul de la participation du patient, en ce qui concerne les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code. »

III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

a) Au 2° et au 6° du E l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 » ;

b) À la fin des a et b du 3° du E l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2024 » ;

c) Le premier alinéa du F est ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2023, le montant forfaitaire prévu au b du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. »

d) Le G est abrogé ;

e) Au H l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2024 » ;

2° Aux V et VI l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2023 ».

La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Cet amendement a pour objet de décaler à 2024 l'entrée en vigueur des réformes du financement par l'assurance maladie obligatoire des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et du ticket modérateur.

Dans le cadre du Ségur de la santé, le Gouvernement a engagé une modification en profondeur du mode de financement des établissements de santé. Il s'agit notamment de remplacer progressivement la tarification à l'activité par des modes de financement plus mixtes, prenant davantage en compte les besoins de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge.

Néanmoins, pour les SSR, les établissements de santé et les ARS ont besoin de disposer du temps nécessaire à l'appropriation et à la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement. Leur mise en œuvre nécessite en effet un travail de fond important de la part des acteurs du terrain, des ARS

et des établissements de santé, qu'il serait difficile de finaliser avant la fin de l'année dans le contexte actuel : gestion de crise sanitaire, mise en œuvre de la réforme de la psychiatrie... Malgré les importants travaux de préparation et de concertation qui ont été conduits, il convient de s'adapter aux impératifs du terrain. Un tel report est justifié par la nécessité d'appropriation technique des nouvelles modalités de financement.

Notre volonté reste de faire aboutir ces réformes. L'objectif est de redonner des marges de manœuvre au secteur SSR en termes d'évolution des modalités de prise en charge et de développement d'activités.

Nous poursuivrons donc les travaux nécessaires pour assurer la mise en œuvre pleine et entière de ce nouveau modèle de financement en 2024.

Telles sont les raisons pour lesquelles cet amendement vise à décaler l'application du nouveau modèle de financement des SSR et de la réforme du ticket modérateur au 1^{er} janvier 2024. Je le redis, il ne traduit en rien un renoncement ou une remise en cause des objectifs et principes ayant guidé l'élaboration de ces deux réformes.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Cet amendement nous ayant été communiqué hier soir tard, la commission n'a pu se prononcer. Je m'exprimerai donc à titre personnel.

Madame la ministre, cet amendement a le même objet qu'un amendement au PLFSS pour 2022... (*M. Alain Milon le confirme.*) Je parle non seulement du fond, mais aussi de l'exposé des motifs, identique quasiment au mot près. Cet amendement, qui visait à reporter d'un an l'entrée en vigueur de la réforme du financement des SSR, avait été déposé le 8 novembre 2021. Cette année, vous demandez de nouveau un report d'un an, avec un amendement déposé le 9 novembre 2022 et que nous discutons ce jeudi 10 novembre...

Je ne vais pas une nouvelle fois revenir sur les problèmes de méthode, madame la ministre, mais reconnaissez que nous demander, moins de huit semaines avant la date d'entrée en vigueur théorique, un nouveau report, et ce deux années de suite quasiment au jour près, peut légitimement nous interpellier. Comment, après plusieurs années de préparation, le Gouvernement se trouvait-il encore dans l'incertitude en octobre, au point de ne pas inscrire cela dans le texte initial ou à l'Assemblée nationale ?

Nous regrettons l'absence de mesures relatives au financement de l'hôpital dans le texte ; nous voilà servis !

Je rappelle, mes chers collègues, qu'on parle de la réforme du financement des SSR depuis le début des années 2000.

Cet amendement vise à modifier la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui a instauré la tarification à l'activité (T2A). La réforme dont nous parlons a été actée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, il y a donc sept ans. Elle devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2021, après un délai de cinq ans permettant sa préparation.

Je ne sais pas où sont les blocages ni à quel moment les problèmes techniques évoqués seront enfin résolus. Je ne vais pas tourner autour du pot : devons-nous nous attendre, le 8 novembre 2023, à un report à 2025 ? Comptez-vous mener à bien un jour cette réforme du financement ? À force de reports, on peut commencer à douter de la volonté du Gouvernement d'aboutir. L'incertitude n'est bonne pour personne.

Vous avez reporté l'an dernier la réforme en supprimant l'année de neutralisation des effets précédant les trois années de transition. Il aurait mieux valu maintenir cette année de neutralisation, qui aurait eu lieu en 2022, pour une transition dès 2023. Pourquoi ne pas rétablir cette année de neutralisation en 2023 plutôt que de demander un report entier ?

Si les établissements privés, très inquiets des effets sur les revenus de leurs établissements, appelaient de leurs vœux ce report, ce n'est pas le cas des établissements publics : les hôpitaux souhaitaient bien lancer cette réforme au 1^{er} janvier, quitte à travailler, madame la ministre, sur des dispositifs transitoires de sécurisation des ressources. Vous n'avez pas retenu cette option, qui aurait pu être une voie médiane.

À titre personnel, j'é mets donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Cet amendement est significatif, madame la présidente. Je souscris à la quasi-totalité des propos de notre rapporteure, à l'exception de leur conclusion. Si cette réforme devait être appliquée telle quelle au 1^{er} janvier, cela poserait beaucoup de problèmes. La sagesse veut donc qu'on la reporte.

Mais la rapporteure Corinne Imbert a raison de rappeler que ce sujet n'a pas émergé il y a quinze jours ! Cette réforme est complexe, et je ne suis pas sûr qu'elle soit bonne. D'une manière générale, on peut se dire d'une réforme qui est reportée à de si nombreuses reprises qu'il vaut peut-être mieux l'abandonner et remettre tout à plat...

En tout cas, ne l'appliquons pas au 1^{er} janvier ! Je voterai donc l'amendement du Gouvernement.

Mme le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Pour ma part, je souscris à la totalité des propos de la rapporteure Corinne Imbert.

Vous parlez d'impératifs de terrain, mais seul un acteur, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), demande ce report. Pourquoi ? Parce que la réforme porte sur la réduction de la part du financement à l'activité, pour un financement plus mixte, demandé depuis des années, qui tient compte des besoins de santé, ce qui est la base pour la pertinence et la qualité des prises en charge.

Que s'est-il passé, notamment pour la psychiatrie ? Avant la réforme, avec la T2A et le forfait global, 80 % des lits ouverts l'étaient dans les cliniques psychiatriques privées.

J'étais un peu dubitative, au départ, sur la réforme. Mais la reporter pendant des années, c'est maintenir cette distorsion de concurrence, avec, d'un côté, une enveloppe fermée et, de l'autre, une T2A. De toute façon, un an ne suffira pas à la FHP pour être d'accord avec cette évolution.

Quand vous parlez de donner du temps aux acteurs, c'est à celui-là que vous pensez. Dans un an, il ne sera pas davantage convaincu... S'il est le seul interlocuteur que vous écoutez sur les impératifs de terrain, nous nous acheminons vers un report perpétuel.

Mme le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je rejoins le raisonnement de Mme la rapporteure. Cela fait déjà plusieurs années – au moins depuis 2004 – que les SSR et la psychiatrie demandent une réforme du financement de leurs établissements. La psychiatrie des SSR est toujours dans le budget global, et

demande, au moins partiellement, la T2A. Je suivrai donc l'avis émis par Mme la rapporteure, puisque cet amendement a été déposé trop tard pour que la commission des affaires sociales puisse se prononcer.

Si je me suis abstenu sur un amendement précédent, c'était pour manifester que j'entendais à la fois les arguments du Gouvernement sur les cliniques privées et ceux de Mme la rapporteure sur la nécessité de rédiger autrement cet article additionnel.

Mais un amendement nous avait été proposé par nos collègues communistes, visant à mieux contrôler le système de santé privé qui est en train de se mettre en place sur le territoire national. Cette préoccupation vient d'ailleurs d'être relayée par notre collègue médecin dans la région lyonnaise.

Nous devons faire preuve de la plus grande vigilance face à la manière dont, actuellement, de grands groupes à capitaux privés, et finançant des systèmes de retraite privés, sont en train de prendre la main sur la santé en France. C'est extrêmement dangereux pour la sécurité sociale, pour les établissements publics et même pour les libéraux.

Je n'ai pas voté cet amendement parce que je pense que la rapporteure avait raison, mais j'ai voté hier l'amendement qui était présenté par nos collègues communistes, car il faut donner l'alerte : ce qui est en train de se passer est extrêmement dangereux.

Mme le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour explication de vote.

Mme Jocelyne Guidez. Je ne voterai pas cet amendement. Il est regrettable que cette réforme soit ainsi reportée chaque année. C'est comme pour la cinquième branche, qu'on reporte sans cesse. Après l'espoir, le désespoir : cela commence à bien faire !

Mme le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Je partage les inquiétudes d'Alain Milon. Les cliniques privées d'hier sont engagées dans un mouvement de regroupement, face auquel nous devons être très vigilants.

Madame la ministre, qu'est-ce qui motive le dépôt de votre amendement ? Une difficulté de mise en œuvre ? Un doute sur la volonté politique ? L'évolution annoncée se fera-t-elle un jour ?

Mme le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. J'insiste, comme mon collègue Alain Milon, sur la dérive marchande de notre système de santé, qui s'aggrave. Nous connaissions la marchandisation des cliniques privées : en région toulousaine, presque toutes les cliniques privées ont été rachetées par Ramsay Santé ; seules deux résistent encore !

Désormais, Ramsay Santé s'attaque aussi aux soins primaires. Pour ses dirigeants, l'existence de déserts médicaux est une aubaine, puisqu'ils se proposent d'y installer des cabinets, où des médecins salariés seront payés en fonction du nombre de consultations : plus ils en feront, mieux ce sera pour eux !

Si nous voulons préserver notre modèle de santé, nous devons faire preuve d'une extrême vigilance face à cette marchandisation. J'avais interrogé en février Olivier Véran, alors ministre de la santé, lorsqu'il était question du rachat des soins primaires détenus par la Croix-Rouge. Il m'avait répondu qu'on ne pouvait pas empêcher des transactions

privées. Je crois, au contraire, qu'il faut une volonté politique forte au niveau de l'État pour que la marchandisation qui est en cours ne puisse pas envahir tout notre système de santé.

Nous avons un beau système de protection : il faut le conserver !

Mme le président. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Merci, monsieur Milon, d'avoir expliqué le sens de votre abstention lors du vote de l'amendement précédent. Vous avez raison d'appeler à la vigilance collective sur les risques que vous avez évoqués.

En ce qui concerne l'amendement du Gouvernement, je souhaite souligner que nous ne travaillons pas qu'avec une seule fédération, madame Poncet Monge.

L'ancienne parlementaire que je suis regrette le dépôt tardif de cet amendement. C'est que nous avons essayé jusqu'au dernier moment de travailler pour mettre en œuvre la réforme au 1^{er} janvier 2023. Mais les remontées faites par les ARS nous montrent qu'il y aurait un réel danger à appliquer la réforme à marche forcée. Cela pourrait provoquer une inégalité d'accès, ce que nous ne souhaitons pas.

Je le redis avec force, nous entendons aboutir sur cette réforme des SSR, légitime et nécessaire. Mais nous veillerons à ce qu'elle s'applique de façon égale sur tout le territoire. Pour l'instant, tous les acteurs ne sont pas prêts.

Si vous ne votez pas cet amendement, cette réforme sera appliquée de façon désordonnée, ce que nous ne souhaitons pas pour une réforme aussi importante et aussi attendue par tous les acteurs.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1140 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 1063 rectifié, présenté par M. Jomier, Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinay, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au II de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2022, les mots : « les ratios d'analyse financière et les marges financières nécessaires à l'investissement » sont remplacés par les mots : « le nombre de lits hospitaliers, de personnel et de moyens nécessaires à la prise en charge des patients en cohérence avec les besoins en santé de la population ».

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise à poser le débat de la méthode de construction des lois de financement de la sécurité sociale. Nous proposons de substituer à la logique de la politique de l'offre et des ratios d'analyse financière une logique de besoins en santé.

J'étais heureux d'entendre hier le ministre de la santé et de la prévention exprimer à deux reprises cette idée en ces termes exacts. Nous devons passer d'une logique d'offre à une logique de besoins en santé. Cela ne peut se faire du jour au lendemain, mais je regrette que, dans ce PLFSS, il n'y ait aucun marqueur écrit de cette volonté exprimée oralement par le ministre.

L'objet de cet amendement est d'entamer ce processus de conversion.

J'appelle le Gouvernement à envisager de façon sérieuse qu'en amont de la délibération sur le PLFSS – en juin ou en juillet, soit environ deux ou trois mois avant – le Parlement soit saisi d'un document décrivant les objectifs nationaux de santé du pays, et qu'il en débattenne. Ce n'est qu'à la suite de ce débat et de l'adoption de ce document que commencerait l'élaboration du PLFSS.

Si nous ne posons pas une méthode d'élaboration différente, le ministre continuera à dire, par oral, qu'il veut partir des besoins de santé, et à nous présenter un texte qui ne porte qu'une logique d'analyse financière.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La vocation du plan de 13 milliards d'euros est de soutenir l'investissement et de rétablir les capacités d'autofinancement, l'un des critères étant celui des ratios d'analyse financière afin de cibler aussi les hôpitaux particulièrement endettés. Que les contrats soient assis sur les besoins de santé du territoire est une évidence.

L'objet du contrat, d'ailleurs précisé à la première phrase de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, est de couvrir la compensation des charges nécessaires à la continuité, la qualité et la sécurité du service public hospitalier et à la transformation de celui-ci.

Si l'intention de Bernard Jomier d'insister sur la prise en compte des besoins de santé est louable, la rédaction actuelle semble la satisfaire.

Il ne paraît donc pas opportun d'allonger la rédaction de l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Monsieur le sénateur, vous souhaitez supprimer, à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la référence aux ratios d'analyse financière et aux marges financières nécessaires à l'investissement, et la remplacer par une référence à un nombre de lits hospitaliers, de personnels et de moyens nécessaires à la prise en charge de patients en cohérence avec les besoins de santé de la population.

L'objectif de ces mesures est bien de redonner aux établissements de santé les moyens d'investir, y compris en matière d'investissements courants, afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients et de travail des personnels hospitaliers.

Pour rappel, la nouvelle stratégie d'investissement en santé se fonde désormais sur le projet médical et soignant, dont la validation est un préalable indispensable à tout projet d'investissement immobilier.

Un décret du 30 juin 2021 a d'ailleurs précisé les paramètres servant à déterminer le montant des dotations. Il s'agit, premièrement, des besoins de financement nécessaires afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, en priorité par le

renouvellement des investissements courants ; deuxièmement, des besoins de financement nécessaires pour les opérations d'investissements structurants concourant à la transformation du service public hospitalier ; troisièmement, enfin, des besoins de financement permettant de restaurer les capacités de financement des investissements nécessaires pour garantir la continuité des soins.

Il est donc question non pas d'imposer des ratios aux établissements de santé qui en bénéficieront, mais de prévoir les projets les plus adaptés aux besoins de santé des territoires, tout en veillant à la soutenabilité financière de ces projets accompagnés par l'État.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je rebondis sur le sujet des besoins en santé des territoires.

Alors que nous essayons, régulièrement, de différencier les territoires sous-dotés et les autres, il nous manque un outil cartographique précis.

Sur recommandation de l'Académie nationale de médecine, j'avais d'ailleurs déposé un amendement visant à établir une cartographie des besoins en santé des territoires.

Cet amendement avait été jugé irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution et j'ai bien du mal à le comprendre : quand on demande un rapport, l'amendement est recevable ; quand on demande une carte, il ne l'est pas...

J'imagine pourtant que les agences régionales de santé et les ordres ont tous les chiffres qui permettraient d'établir une cartographie.

Chaque année, je reçois un atlas démographique de la profession vétérinaire. C'est très utile. Pourquoi n'en existerait-il pas pour les autres professions ? Si de tels atlas existent quelque part, j'aimerais qu'on me les fournisse...

M. Bernard Jomier. Ils existent !

Mme le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je ne soutiendrai pas l'amendement de mon collègue Bernard Jomier, mais je comprends ses inquiétudes.

Jamais nous n'avons dépensé autant, en France, pour la santé. Pourtant, nous sommes confrontés aux fermetures de lits, au mécontentement qui s'exprime dans tous les territoires – je vous passe les détails.

Nous devons – je le crois fermement – travailler ces questions en amont. Quelques jours avant l'examen de ce PLFSS, j'ai pu échanger avec des collaborateurs de Bercy. Hier encore, nous en avons discuté avec le ministre. Il y a une intention de travailler un peu plus tôt. Il nous revient également de formuler des propositions et de réfléchir bien avant, avec les ministres.

Le sujet dépasse les clivages politiques. Nous avons tous des réponses à apporter à nos territoires et à nos concitoyens. Nous devons faire en sorte que la masse budgétaire que représente l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) soit expliquée, bien dépensée et qu'elle réponde, en tout état de cause, aux besoins du terrain qui s'expriment un peu partout.

Mme le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Cet amendement est très intéressant et rejoint les préoccupations exprimées par les uns et les autres en discussion générale.

Je ne le voterai pas, pour des raisons que vous pourrez comprendre. Nous devons néanmoins prendre maintenant conscience du fait que, si nous continuons de la sorte, l'ensemble du système de santé va droit dans le mur.

Il nous faut donc réfléchir, comme le disait Bernard Jomier, à la fois au financement et à l'organisation territoriale de notre système de santé, ainsi qu'à beaucoup d'autres choses par ailleurs – nous l'avons tous dit –, comme l'organisation de l'hôpital. (*Mme la ministre déléguée acquiesce.*)

Il est important, madame la ministre, de ne pas perdre de temps supplémentaire. Dès les prochaines semaines, des réflexions devraient être menées entre le Parlement, le Gouvernement et les différents syndicats et associations concernés, afin que nous puissions travailler sur le financement de la sécurité sociale, l'organisation territoriale de la santé, les hôpitaux, la médecine d'aval, etc.

Il y a beaucoup à faire et à remettre en place. Nous devons nous y atteler non pas de façon globale – seule la réflexion doit être globale –, mais loi par loi, de manière à ne pas nous noyer, ensuite, dans des amendements de type alcool ou tabac, qui empêchent de réfléchir complètement sur les différents sujets.

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je suis plutôt favorable à cet amendement.

Dans les territoires faiblement peuplés, il nous faut parfois maintenir les services indispensables de type urgences. La population est très éloignée d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ou d'un centre hospitalier régional (CHR), un établissement auquel on tient particulièrement, notamment pour son rôle de relais en matière d'obstétrique et de néonatalité.

Il faut interpréter les besoins en fonction non pas de la population ou de la fréquentation des établissements, mais des enjeux territoriaux et d'égalité d'accès aux soins. L'ARS le fait déjà, mais il serait utile de l'inscrire dans la loi.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Au risque de décevoir mon collègue Daniel Chasseing, je vais retirer cet amendement, qui visait, vous l'avez compris, à ouvrir le débat.

Je répète ce que j'ai dit au Gouvernement et je fais suite à l'intervention d'Élisabeth Doineau : mettons cette proposition sur la table, faisons précéder la séquence budgétaire du PLFSS qui a lieu à l'automne par une séquence – en juin, juillet, soit environ deux ou trois mois avant – pendant laquelle nous débattrions d'objectifs nationaux de santé publique, avant de les adopter.

En discutant d'abord de nos priorités de santé, nous mettrions les choses en ordre. Le processus d'élaboration devrait partir des territoires, remonter nationalement, être validé au Parlement. Ensuite seulement, le Gouvernement construirait la ligne budgétaire.

Telle serait la bonne façon de redonner du sens à nos politiques et de la compréhension à ces lois de financement de la sécurité sociale, qui, sinon, apparaissent de plus en plus comme étant la simple duplication d'analyses financières.

Madame la ministre, votre réponse décrivait parfaitement la situation actuelle, mais la méthode n'est pas la bonne pour notre pays.

Mme le président. L'amendement n° 1063 rectifié est retiré.

L'amendement n° 65, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Jusqu'au 31 décembre 2022, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, d'une garantie de financement pour faire face à l'épidémie de covid-19. Le niveau de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par chaque établissement, notamment au titre de ses activités. Pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leurs activités sont inférieures au niveau de cette garantie, les établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau.

Les dispositions de droit commun relatives à la tarification des établissements de santé s'appliquent sous réserve, le cas échéant, de l'adaptation des modalités de leur versement et des dispositions du premier alinéa du présent article.

Les modalités de détermination du périmètre et du niveau de la garantie ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à apporter une sécurité juridique à la garantie de financement, qui prendra fin le 31 décembre 2022.

Il s'agit également d'interpeller le Gouvernement sur l'opportunité de dispositifs transitoires à l'issue de cette garantie.

Alors que le niveau d'activité, notamment en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), demeure, en 2022, inférieur à celui de 2019, les ressources des établissements sont toujours fragilisées.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Messieurs les sénateurs Milon et Jomier, je vous invite à participer au Conseil national de la refondation santé (CNR santé), qui réunit à la fois des parlementaires, les établissements et les associations d'élus, et dont les enjeux de gouvernance et de financement constituent deux thèmes majeurs.

Je vous invite également à vous rendre dans les CNR territoriaux, qui réfléchissent à l'organisation territoriale et aux réponses à apporter aux besoins de santé des territoires. Il est assez passionnant de travailler à la fois avec les élus, les personnels soignants et nos concitoyens. Il en ressort des idées très intéressantes.

Sur les enjeux de l'hôpital, de gouvernance et de financement, je vous le redis : un CNR national est organisé sur ce thème et vous y êtes les bienvenus.

J'en viens à l'amendement.

Madame la rapporteure, vous proposez d'inscrire dans la loi la prolongation, au second semestre 2022, de la garantie de financement pour les établissements de santé.

Face à la crise sanitaire et à ses conséquences financières, le Gouvernement a immédiatement apporté une réponse dédiée et adaptée au travers de deux textes.

Au second semestre 2022, le dispositif de garantie de financement a été prolongé par un arrêté ministériel visant à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 au titre des mesures d'urgence, d'organisation et de fonctionnement du système de santé. Cet arrêté avait lui-même comme base légale l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.

Pour ces raisons, je suis défavorable à votre amendement.

Mme le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le groupe écologiste soutiendra l'amendement de Mme la rapporteure.

Il faut bien voir, comme l'a souligné la Fédération hospitalière de France (FHF), que les hôpitaux publics ont pris en charge 80 % des hospitalisations liées à la covid-19, alors qu'ils ne représentent que 60 % de l'activité en MCO. Par rapport à l'année 2019, année de référence avant la crise de la covid-19, l'activité de ces établissements reste encore inférieure de 5 %.

Je ne reviendrai pas sur nos débats, mais la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui n'a pas connu autant de déprogrammations – elle n'a pris en charge qu'une partie des hospitalisations liées à la covid-19 –, affiche déjà une activité supérieure à celle de 2019. Elle ne souhaite donc pas de nouvelles mesures transitoires de lissage sur 2023.

Eu égard aux services qu'ont rendus les établissements publics dans la prise en charge de la covid-19, une période transitoire se justifie, au moins jusqu'en 2023.

Mme le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Pardonnez-moi, madame la ministre, j'ai sous les yeux l'arrêté du 24 août 2022, que je peux vous transmettre : l'article L. 3131-1 du code de la santé publique n'y est pas visé.

L'amendement tend, d'une part, à sécuriser juridiquement une mesure prise par simple arrêté. Ce n'est tout de même pas anodin ! Je ne comprends pas votre avis défavorable.

D'ailleurs, une loi d'urgence vous permettait de déroger jusqu'en juillet dernier aux règles de financement et de mettre en œuvre cette garantie. Que vous le vouliez ou non, ce n'est plus le cas depuis le 30 juin dernier. Or il s'agit de la troisième année de dérogation au droit commun ; ce n'est juridiquement pas souhaitable.

Je le répète : cet avis défavorable est incompréhensible. Vous vous opposez à vos propres mesures. J'attendais mieux de la bienveillance du Gouvernement...

D'autre part, cet amendement avait un objectif d'appel. Les établissements n'ont pas retrouvé leur niveau d'activité de 2019 et il n'est pas certain qu'ils le retrouvent en 2023.

Nous ne sommes évidemment pas favorables à une garantie de financement *ad vitam aeternam*. Il ne s'agit pas de revenir à la dotation globale. Mais *quid* des ressources pour 2023 ?

Les hôpitaux ont besoin de visibilité pour leur gestion et nous attendons cette visibilité avec eux. C'est la raison pour laquelle je maintiens, bien évidemment, l'amendement de la commission.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 65.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 25.

L'amendement n° 734 rectifié *bis*, présenté par M. Iacovelli, Mme Duranton, MM. Dennemont, Rohfritsch, Marchand, Hassani et Mohamed Soilihi, Mmes Phinera-Horth et Havet et MM. Théophile, Patient et Haye, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

D'ici au 1^{er} septembre 2023, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur les échelles tarifaires des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Ce rapport s'intéressera particulièrement à la possibilité pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif avec une échelle tarifaire ex-OQN d'effectuer un changement d'échelle tarifaire et l'impact d'un tel changement pour ces établissements.

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Le code de la sécurité sociale établit différentes catégories d'établissements de santé, en fonction desquelles il leur est attribué une échelle tarifaire correspondant à l'ancienne dotation globale, dite ex-DG (ex-dotation globale), ou une échelle tarifaire dite ex-OQN (ex-objectif quantifié national).

Les catégories d'établissement visées aux paragraphes *b* et *c* de l'article visé dudit code permettant l'attribution d'une échelle tarifaire ex-DG sont historiquement fermées.

Cependant, comme tous les établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) participent au service public hospitalier.

À ce titre, il est demandé au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport portant sur la possibilité des Espic ex-OQN de basculer sur l'échelle tarifaire ex-DG, ainsi que sur l'impact d'une telle bascule.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. S'agissant d'une demande de rapport, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Néanmoins, je suis intéressée par les explications de Mme la ministre sur l'éventuelle possibilité, pour certains établissements, de basculer dans un autre régime.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Monsieur le sénateur, vous proposez que soit remis au Parlement, dans un délai de neuf mois, un rapport sur les échelles tarifaires des Espic, qui justifierait pour les établissements relevant de l'échelle tarifaire dite ex-OQN le fait d'effectuer une bascule vers l'échelle dite ex-DG.

L'échelle tarifaire actuelle est commune à l'ensemble des établissements – publics ou privés à but non lucratif – qui étaient auparavant sous dotation globale.

Cette échelle tarifaire tout compris intègre la rémunération des personnels médicaux salariés, à la différence des établissements fonctionnant avec des praticiens libéraux, qui facturent directement leurs honoraires.

Il est donc légitime de différencier les tarifs hospitaliers en fonction des conditions d'exercice des personnels médicaux et, par conséquent, en fonction des catégories d'établissements.

Pour ces raisons, je vous propose de retirer votre amendement ; à défaut j'y serai défavorable.

Mme le président. Monsieur Iacovelli, l'amendement n° 734 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Xavier Iacovelli. Oui, madame la présidente. Je le maintiens par principe, notamment parce qu'un de nos amendements portant également sur la question des Espic a été déclaré irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution.

C'est un vrai sujet. Les Espic représentent 8 % de l'offre de soins dans notre pays. Ils sont le parent pauvre du système. On le voit dans un certain nombre de territoires, notamment à Suresnes, dans les Hauts-de-Seine, où se pose un véritable problème d'égalité s'agissant du remboursement des soins pour les Espic.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 734 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 866 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de la présente loi et chiffrant le coût et les bénéfices à long terme d'un plan d'urgence pour les établissements publics de santé assurant des activités de psychiatrie. Il évalue en outre les effets directs anticipés de ce plan d'urgence en ce qui concerne l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Par cet amendement d'appel, nous demandons au Gouvernement d'étudier dans un rapport le lancement d'un plan d'urgence pour la psychiatrie.

L'absence de la psychiatrie dans le PLFSS est préoccupante au regard de la situation de ce secteur.

Lors de la discussion générale, j'ai pointé les besoins de la pédiatrie et de la psychiatrie. La pédiatrie a ses mesures d'urgence ; même si cela ne sera pas suffisant, nous attendons quelque chose du même ordre pour la psychiatrie.

Depuis les années 1980 et malgré une augmentation de la population générale, les moyens pour la psychiatrie ont non seulement peu évolué, mais ils ont souffert de la fermeture de deux tiers des lits d'hospitalisation.

La psychiatrie, parent pauvre de la médecine, est aujourd'hui un secteur sinistré, qui nécessite une refondation que les assises organisées au printemps dernier par le Gouvernement n'ont pas dessinée.

Pour une meilleure prise en soin des patients, il convient d'améliorer les conditions de travail des soignants, de lutter contre les mesures privatives de liberté faute de moyens humains suffisants et de garantir le respect des droits fondamentaux des individus et des patients.

Le secteur psychiatrique doit être conforté comme l'échelle de proximité en matière de prise en soin et comme modèle d'organisation pour la santé.

L'investissement public dans la psychiatrie, en particulier dans la pédopsychiatrie, proche de l'effondrement, doit permettre l'ouverture de lits et surtout de structures ouvertes pour prendre en charge les patients. Il doit permettre également le recrutement et la formation du personnel qualifié.

L'urgence est de rebâtir un secteur psychiatrique public apte à prendre en soin tous les patients sur l'ensemble du territoire, en respectant, j'insiste, les droits fondamentaux et la dignité des personnes soignées.

Cet amendement vise à demander un rapport évaluant les coûts et bénéfices d'un véritable plan d'urgence enfin ambitieux pour les établissements publics de santé assurant des activités de psychiatrie.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable, car il s'agit d'une demande de rapport.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Avis défavorable, pour la même raison.

Néanmoins, comme pour l'ensemble des demandes de rapport visées par les différents amendements, je comprends bien l'intérêt des questions et m'engage à y apporter une réponse écrite.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 866 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 1064 rectifié, présenté par Mme Le Houerou, MM. Sueur, Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Meunier, Poumirol et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévile, M. Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 71 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Ce rapport s'attache plus largement à évaluer le modèle français du don du sang, le caractère suffisant des moyens humains et financiers octroyés à l'Établisse-

ment français du sang et fait des préconisations pour améliorer la sécurité des activités dudit établissement, et améliorer la gestion de ses ressources humaines.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement d'appel du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain a été travaillé avec la CFDT Établissement français du sang (EFS), mais il recueille un soutien plus large. Il vise à demander la remise d'un rapport au Parlement sur l'état de l'Établissement français du sang.

Le personnel de l'EFS nous lance un cri d'alarme, qui a de grandes conséquences sur la baisse des ressources de sang et de plasma. Un appel d'urgence vital à la mobilisation a également été lancé pour augmenter ces ressources.

L'EFS fait face à un véritable problème d'attractivité. Un préavis de grève a été lancé pour la période du 22 septembre 2022 au 2 janvier 2023, afin de dénoncer la situation catastrophique de l'établissement et demander des moyens nécessaires pour assurer la mission essentielle qui est confiée à son personnel.

Après treize ans de non-révision des classifications et alors que bientôt quatre positions sur dix sont au-dessous du Smic, l'EFS ne parvient plus à recruter ni à fidéliser.

Ceux qui y travaillent le font dans des conditions très difficiles. Je ne parle pas des heures supplémentaires qui sont accumulées, notamment par les personnes affectées au prélèvement, où 51 % des salariés dépassent les douze heures d'amplitude de travail, ou à l'activité d'immuno-hématologique délivrance, où cette proportion atteint 42 %.

Alors que la prime Ségur leur a été refusée, nous proposons, premièrement, une revalorisation salariale de l'ensemble des professionnels ; deuxièmement, une révision de la classification et des rémunérations à la hauteur des enjeux de la mission de service public ; troisièmement, des effectifs suffisants ; quatrièmement, une amélioration des conditions de travail.

Si nous voulons préserver ce modèle éthique français de transfusion, si nous voulons préserver ce service majeur pour le bon fonctionnement de nos hôpitaux et une bonne prise en charge des patients, nous devons – vous devez – agir vite.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'une demande de rapport. Vous connaissez donc l'avis de la commission, qui sera défavorable.

Néanmoins, sachez, madame la ministre, que de nombreux amendements visant à relever la dotation pour l'Établissement français du sang ont été déposés puis déclarés irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution. La question de l'équilibre financier de l'EFS et des moyens pour assurer sa mission, que nous savons indispensable, est au cœur du sujet.

Peut-être nous apporterez-vous, en d'autres occasions, des éclairages sur les intentions du Gouvernement en la matière...

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Madame Le Houerou, j'apporterai, comme je m'y suis engagée, une réponse écrite à votre question.

La situation de l'Établissement français du sang a également été discutée à l'Assemblée nationale, où nombre de députés ont abondé dans votre sens.

L'enjeu est majeur. Nous avons déjà apporté au financement de l'EFS des moyens supplémentaires, à hauteur de 25 millions d'euros.

Au-delà de ce bel engagement, nous savons qu'il existe des problèmes structurels, mais aussi de recrutement des personnels soignants. Nous allons y travailler avec l'EFS et partageons tous le même objectif.

Mme le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Parmi les amendements qui ont été « retoqués » au titre de l'article 40 de la Constitution et qu'évoquait Mme la rapporteure, plusieurs émanaient de notre groupe. Aussi, nous soutiendrons l'amendement n° 1064 rectifié.

J'entends vos propos, madame la ministre, mais la situation de l'EFS est tout de même extrêmement inquiétante.

Je ne reviens pas sur les conditions de travail, elles ont été évoquées à l'instant. On en arrive à une situation où des collectes de sang doivent être annulées, alors que, par deux fois, des appels d'urgence au don du sang ont été lancés en raison de la faiblesse des stocks.

J'insiste à mon tour sur la nécessité de revalorisation salariale.

Certains salariés sont encore rémunérés au-dessous du Smic. Il faut agir, si nous voulons rendre ces professions attractives.

Derrière tout cela – et sans dramatiser, puisque chacun y est attaché – il y a évidemment notre modèle français du don du sang, sa vocation éthique et le refus de la marchandisation des médicaments et dispositifs dérivés du sang.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Nous y sommes tous attachés !

Mme Céline Brulin. Cet effort doit conduire au maintien du modèle auquel nous tenons tous tant.

Mme le président. La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.

Mme Corinne Féret. Je soutiendrai bien évidemment cet amendement.

Permettez-moi tout d'abord de relayer les propos de la directrice générale de l'EFS : « Nous voulons mieux prendre en charge les patients, défendre notre modèle éthique et améliorer notre souveraineté sanitaire. » Pour cela, il nous faut des moyens en investissement importants et un fort soutien de l'État.

Les personnels sont mobilisés. Ils alertent sur le manque de postes, qui a – cela a été dit – de nombreuses conséquences sur la collecte et sur la nécessité d'y pourvoir. Après la crise sanitaire, on voit bien que le nombre de postes est encore trop faible.

L'EFS est ainsi confronté à une double pénurie : sur le plan médical et sur le plan des dons.

Au cours de son dernier congrès, la Fédération française pour le don de sang bénévole a alerté, elle aussi, sur cette situation et sur la nécessité de doter l'EFS en moyens humains et financiers pour faire face aux besoins, qui sont indispensables.

Je tenais à relayer ces soutiens et ces demandes.

Mme le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Effectivement, quelque 300 postes sont vacants à l'EFS, à ma connaissance.

Je voudrais à mon tour relever ce paradoxe : on annule des collectes de sang au moment même où l'on entend, à la radio, des campagnes urgentes d'appel aux dons.

Ce cercle vicieux – postes vacants, crise d'attractivité – est le résultat d'années successives de non-revalorisation.

Nous parlions précédemment de l'intérim. Sans revalorisation des indemnités de sujétion ou des temps additionnels de garde, on obtient des postes vacants, qui justifient l'intérim.

Puisque l'on envisage désormais de barrer l'intérim, la conséquence sera, faute de personnel, la fermeture de services, voire d'hôpitaux ou de maternités. Nous serons allés, alors, au bout du paradoxe et du cercle vicieux de la crise d'attractivité.

Mettons fin à des années de déflation salariale à l'EFS ! Le fait pour l'établissement de compter parmi les oubliés du Ségur a été la goutte d'eau de trop.

Mme le président. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour explication de vote.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement est l'occasion de se pencher sur la situation des outre-mer.

À plusieurs reprises, j'ai évoqué en Guadeloupe, mais aussi à l'échelon national, à l'occasion des auditions du président de l'EFS, les problèmes liés à la transfusion sanguine.

La situation de la Guyane est également préoccupante. Les collectes y avaient été supprimées pour des raisons qui n'ont plus cours aujourd'hui, dans la mesure où les difficultés de diagnostic biologique qui se posaient à l'époque ont été résolues.

Il faudrait prendre en compte cette situation, car les dons en Guyane proviennent soit de l'EFS Guadeloupe-Guyane, soit de l'Hexagone. À long terme, les maladies auto-immunes risquent de se développer : les personnes drépanocytaires, notamment, ont besoin de dons réguliers.

Je vous demande de faire en sorte que les collectes reprennent en Guyane. C'est important.

Mme le président. Mes chers collègues, je vous invite à la concision.

Madame la ministre, entendez surtout que nous avons besoin d'une loi Santé. Nos collègues ont raison à de nombreux égards. C'est un véritable appel au secours que nous vous lançons. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

M. Laurent Burgoa. Très bien !

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. En théorie, nous ne devrions pas discuter de l'EFS lors de l'examen du PLFSS. En effet, cet établissement reçoit ses financements de l'État.

Il existe néanmoins une dotation de l'assurance maladie, qui permet de raccrocher la discussion. Or cette dotation, qui date d'il y a quelques années – vous avez donné le chiffre de 10 millions d'euros, me semble-t-il, madame la ministre – est décroissante et doit théoriquement s'éteindre.

Résultat : la direction de l'EFS est obligée de serrer les boulons. Il ne peut pas y avoir de progression salariale pour les agents, ce qui entraîne un découplage avec

d'autres agents sur des postes similaires en matière de responsabilités professionnelles. Par ailleurs, on assiste à des économies sur les frais de collecte. C'est le premier problème.

Deuxième problème, l'EFS, qui vend au Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB) – ce dernier revend ensuite aux hôpitaux –, ne peut pas pratiquer les prix qu'il souhaite et couvrir suffisamment ses coûts.

Il est urgent d'apporter des réponses, car notre système est en train de souffrir durement ; certains de mes collègues l'ont souligné. Nous allons maintenant notre amendement en demandant que chacun se prononce *via* le scrutin public. On ne peut plus esquiver le sujet. Il y a parfois des demandes de rapport qui valent plus que des amendements portant directement modification d'un article du PLFSS.

Mme le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Il ne faut pas s'étonner que l'on se mobilise tous pour l'EFS : le sang, c'est la vie ; de nombreux actes médicaux sont impossibles sans un volume de sang suffisant disponible à proximité.

Je pensais plutôt prendre la parole sur l'article 45. Une partie des financements provenant du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, il me semblait plus pertinent d'intervenir à ce moment-là. Cela ne veut pas dire que je soutiens cet amendement.

En réalité, il est très important que nous surveillions comme le lait sur le feu l'évolution des stocks de sang et que nous puissions financer cet établissement à hauteur de ses besoins réels.

J'étais intervenue pour signaler que l'EFS faisait partie des oubliés du Ségur, parmi d'autres organismes. Pour recruter du personnel, il faut pouvoir le rémunérer au même niveau qu'ailleurs. Or tel n'était pas le cas pour l'EFS. Restons très attentifs : encore une fois, le sang, c'est la vie.

Nos collègues ont raison d'ouvrir le débat sur ce sujet, auquel nous sommes très sensibles.

Mme le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la ministre, je ne saurais résoudre à ce que vous nous disiez de manière laconique que vous allez nous adresser une réponse par écrit. Nous sommes dans le cadre d'un débat législatif, pas au milieu d'une succession de questions écrites.

Il y a 40 % du personnel de l'EFS qui touche moins que le Smic. C'est tout à fait inadmissible que, dans un établissement public aussi crucial que celui-ci, une telle proportion du personnel touche moins que le salaire minimum légal. À quelle échéance pensez-vous atteindre le niveau du Smic pour l'ensemble du personnel ? Quels crédits comptez-vous affecter, dans les délais les plus rapprochés, à cette fin ?

Mme le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Nous sommes tous préoccupés par la situation de l'EFS ; je ne vais pas dire le contraire. Le groupe SER a demandé un scrutin public, mais personne ici ne peut penser que l'on va résoudre le problème par un rapport. *(Mme Laurence Cohen s'exclame.)*

Ce n'est pas parce que nous allons voter contre cet amendement que nous ne sommes pas préoccupés par la situation de l'EFS, d'autant que cet établissement est très représentatif du modèle de santé français.

Dans la veine de ce qu'a indiqué Mme la présidente, nous voyons bien que cela craque de partout et qu'il y a urgence à adopter une grande loi sur la santé.

Mme le président. La parole est à M. Patrick Kanner, pour explication de vote.

M. Patrick Kanner. Vous ne serez pas étonnés que je ne sois pas d'accord avec mon collègue Olivier Henno.

Puisque nous ne pouvons rien demander pour l'EFS, pour cause d'article 40 de la Constitution, nous nous rabattons sur une demande de rapport. Je sais bien qu'un rapport ne peut pas régler tous les problèmes, mais cela permet au moins de savoir ce que le Gouvernement a l'intention de faire pour répondre à la situation qui vient d'être décrite. Soyez cohérents !

Vous ne pouvez pas déplorer sans cesse que cela « craque de partout », vous plaindre que les personnels n'en puissent plus et que la mission de service public de l'EFS ne soit plus assurée, sans savoir ce qui se passe exactement. Pour notre part, en cohérence, par cet amendement, qui fera l'objet d'un scrutin public, nous proposons de demander un rapport au Gouvernement. Je sais bien qu'il y a une jurisprudence sur les rapports, comme l'a rappelé hier notre collègue Sueur en évoquant les articles 40 et 45. Mais, à force de refuser toute forme de débat, c'est le parlementarisme qui est mis en cause aujourd'hui, y compris au sein de la Haute Assemblée. *(Applaudissements sur les travées des groupes SER et CRCE.)*

Mme le président. La parole est à Mme la ministre déléguée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Nous partageons tous ici la volonté de préserver notre système de don du sang, tout d'abord sur le plan éthique.

Cela signifie, madame la sénatrice Brulin, que nous devons accompagner sans relâche l'EFS. Celui-ci est actuellement, comme tous les acteurs de la santé, victime de problématiques d'attractivité des métiers de soignants. Pour me rendre souvent, comme chacun d'entre vous, dans des établissements de santé, je sais bien que nous faisons face à un réel problème de recrutement. *(Exclamations sur les travées des groupes SER et CRCE.)*

Je m'étonne des chiffres que M. Sueur a avancés. Je ne crois pas qu'en France, on puisse être payé en dessous du Smic dans de telles proportions. Je vais examiner ce problème. En tout état de cause, une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances a été lancée sur le financement de l'EFS. Encore une fois, la volonté du Gouvernement est bien de conserver ce modèle éthique de don du sang, qui nous est si cher à tous.

M. Patrick Kanner. N'ayez pas peur d'un rapport !

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1064 rectifié.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

Mme le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 45 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	330
Pour l'adoption	107
Contre	223

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 1104 rectifié *bis*, présenté par M. Sueur, Mme Poumirol, M. Jomier, Mmes Le Houerou et Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, M. Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport s'attache à évaluer les effets des mesures de revalorisation prises dans le cadre du Ségur de la santé, complément de traitement indiciaire, refonte de la grille indiciaire notamment, sur l'absentéisme des agents et plus largement l'attractivité des métiers du soin.

Il s'attache également à identifier les professions du soin, du médico-social, du social qui n'auraient pas bénéficié de ces mesures de revalorisation dans les établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif.

Il évalue la pertinence de transformer ces mesures en revalorisation du point d'indice de la fonction publique hospitalière.

Il propose toute mesure législative ou réglementaire de nature à améliorer l'attractivité des métiers du soin, du médico-social, du social et à fidéliser les personnels en fonction.

Il identifie enfin les moyens pour revaloriser le travail de nuit, du week-end et les vacances réalisées dans le cadre de la permanence des soins.

La parole est à M. Jean-Pierre Sueur.

M. Jean-Pierre Sueur. Madame la rapporteure, madame la ministre, ne me dites pas, comme vous le faites de manière récurrente, qu'il s'agit encore d'un rapport. Nous connaissons tout à fait les raisons et les réponses.

Cet amendement a été travaillé avec les fédérations et associations représentatives des personnels qui œuvrent dans le domaine de l'action sociale. Si vous le permettez, je l'appellerai : « amendement des oubliés du Ségur ».

Les établissements et services sociaux, médico-sociaux et de santé associatifs font face à une insuffisance de professionnels, du fait des difficultés pour recruter et conserver les salariés.

Dans ce contexte, le Gouvernement, depuis le début de la crise sanitaire, a octroyé à juste titre des revalorisations salariales dans certains secteurs, en omettant malheureusement d'autres, créant ainsi des différences entre secteur public et secteur privé à but non lucratif, par exemple associatif, entre les champs de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et le secteur de l'action sociale, ou encore entre les soignants et les autres professionnels indispensables, comme les chauffeurs qui transportent les usagers dans les établissements. Au sein d'une même association, certains salariés sont donc « oubliés », quand d'autres ne le sont pas. Nous sommes nombreux à avoir été interpellés dans nos départements sur cette disparité, qui n'est pas justifiable, compte tenu de l'engagement de l'ensemble des professionnels.

Nous demandons évidemment un rapport. Mais, madame la ministre, nous serions encore plus heureux d'obtenir de votre part une réponse et des échéances. (*Mme Michelle Meunier applaudit.*)

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Comme il s'agit d'une demande de rapport, l'avis est défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Il est proposé que soit remis au Parlement un rapport évaluant la réalité de l'augmentation des rémunérations des métiers du soin, du médico-social et du social permise par le Ségur de la santé.

Ces revalorisations représentent un effort historique de 11 milliards d'euros dans l'Ondam en 2023 et bénéficient à un nombre très important de professionnels du secteur sanitaire et médico-social. Le Gouvernement assume également d'avoir parfois ciblé les métiers dont le manque d'attractivité était le plus criant.

Les sujets relatifs aux évolutions du secteur ont fait, ces dernières années, l'objet de nombreux travaux, permettant l'élaboration de stratégies concertées d'attractivité, notamment dans le secteur du grand âge et de l'autonomie.

Ces travaux ont vocation à être approfondis dans le cadre du programme prioritaire du Gouvernement relatif au recrutement et à la fidélisation des métiers des secteurs sanitaire et social. Au regard de l'ensemble de ces éléments, je suis défavorable à votre amendement.

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Le problème existe bel et bien, même si l'amendement ne va pas le régler à lui seul. Dans un Ehpad géré par une association, tout le monde va bénéficier des 183 euros, et même plus pour les aides-soignantes. Je trouve très bien ce qu'a fait le Gouvernement à cet égard, et je l'en félicite.

En revanche, la même association peut également gérer une maison d'accueil spécialisée avec des personnes faisant fonction d'aide-soignante, qui ne sont pas prises en charge, pas plus que les secrétaires s'occupant de l'environnement ou des bâtiments, alors que, je le répète, c'est le cas en Ehpad.

À côté, vous avez un foyer occupationnel dont le département a la charge. Dans ce cas, il est prévu que l'État vienne en aide au conseil départemental.

Bref, vous l'aurez compris, il faut clarifier et coordonner tout cela, pour que des personnes travaillant dans des établissements différents gérés par une même association puissent évoluer de l'un à l'autre.

Mme le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. L'amendement que vient de présenter notre collègue Jean-Pierre Sueur est juste. Je le voterai bien évidemment. J'ajoute à son énumération des « oubliés » les médecins territoriaux, dans le secteur de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé sexuelle. Le précédent gouvernement, madame la ministre, avait affirmé, au mois d'avril dernier, que ces primes, y compris pour les médecins que je viens de citer, « avaient vocation à être transformées lors des prochaines lois financières » – nous y sommes –, « en complément de traitement indiciaire afin de pouvoir être prises en compte dans le calcul de la retraite. » Cet été, le PLFR a bien converti la prime Ségur en complément de traitement indiciaire pour l'ensemble des personnels soignants de PMI, à l'exclusion des médecins. On parle là de 1 700 médecins de PMI et de santé sexuelle.

Nous connaissons l'attractivité de la médecine de PMI. Elle est bien inférieure à celle d'autres cadres d'exercice de la médecine salariée. Je rappelle que le traitement en début de carrière est de 2 500 euros.

Les rapports Peyron ou de la Cour des comptes ont souligné le préjudice créé par cette désertification médicale des PMI pour les bébés, les femmes, les jeunes et les familles.

Le ministre a insisté hier sur son attachement à la prévention médicale, lors du débat sur l'article 17 du texte. Le premier rendez-vous de prévention intervient lors de la visite prénatale assurée par les PMI. Faisons en sorte que ces médecins territoriaux soient pleinement soutenus dans une telle mission.

Mme le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je voudrais revenir sur notre position sur les rapports. Si nous faisons le total des demandes de rapport uniquement sur la branche retraite, on arrive à trente. En prenant toutes les branches une par une, on arrivera facilement à une centaine de demandes de rapport. Or nous savons que ces demandes ne seront jamais exaucées. Plus on demande des rapports au Gouvernement, moins on en aura. On n'en demande déjà pas beaucoup, et on n'en reçoit qu'à peu près 30 %...

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Un sur vingt !

M. Alain Milon. Le sujet abordé par M. Sueur est extrêmement important, mais nous pourrions directement le prendre à notre compte et faire nous-mêmes le travail, soit par l'intermédiaire de la commission, soit par l'intermédiaire de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss). Ce serait d'ailleurs beaucoup plus intéressant, et, au moins, nous pourrions avoir confiance. *(Sourires.)*

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1104 rectifié bis.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 872 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Chantrel, Pla, Lurel et Bourgi, Mmes G. Jourda et Monier, M. Gillé, Mme Espagnac, M. Montaugé, Mme Prévile et M. Tissot, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard un an après la promulgation de la présente loi, un rapport relatif à la prise en compte de l'inflation sur la situation financière des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en 2021, 2022 et 2023.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Depuis le début de l'année 2022, les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux font face à une inflation sans précédent depuis des décennies, qui pèse fortement sur leur situation financière.

Cette inflation, estimée à environ 6 % dans les dernières prévisions de l'Insee pour 2022, masque d'importantes disparités d'évolution des prix. Ainsi, les prix de l'énergie connaîtront une hausse d'au moins 30 %. Ce sont des perspectives inquiétantes, loin de l'évolution initialement attendue.

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2022 intégrait une hausse des prix de 1,5 %, mais la hausse réelle pourrait être trois à quatre fois supérieure. Madame la ministre, il s'agit d'évaluer les conséquences d'une telle hausse.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Avis défavorable.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 872 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme le président. L'amendement n° 690 rectifié, présenté par MM. Sol et D. Laurent, Mme L. Darcos, MM. Cambon, Bouchet et Bonne, Mmes Muller-Bronn et Dumont, MM. Chatillon, Calvet, Sautarel, Burgoa et Genet, Mme Puissat, M. Brisson, Mmes Procaccia, Belhiti, Chauvin et Delmont-Koropoulis, M. Rapin, Mmes Dumas, Lassarade et Drexler, M. Laménie, Mme Micouneau, M. Belin, Mmes Ventalon et Bonfanti-Dossat et MM. Charon, Darnaud et Klingler, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les trois mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'accès aux soins des assurés sociaux ne disposant pas d'un médecin traitant, notamment ceux résidant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, et sur les possibilités d'améliorer la prise en charge des frais médicaux qu'ils exposent.

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Nous souhaitons attirer l'attention sur les Français qui n'ont pas de médecin traitant. Il s'agit d'une demande de rapport sur les pénalités financières que subissent ces assurés sociaux.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Même avis.

Mme Catherine Procaccia. Je le retire!

Mme le président. L'amendement n° 690 rectifié est retiré.

L'amendement n° 695 rectifié *bis*, présenté par Mmes Le Houerou, Lubin, Poumirol et Jasmin, MM. Todeschini, Pla, P. Joly et Bourgi, Mme G. Jourda, MM. Gillé et Montaugé, Mmes Prévile, Monier et Blatrix Contat, M. Marie, Mmes Briquet, Féret, Meunier et M. Filleul et M. Redon-Sarrazy, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'opportunité de reconnaître la fibromyalgie au titre de l'affection de longue durée (ALD).

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à obtenir un rapport sur l'opportunité de la prise en charge de la fibromyalgie au titre d'affection de longue durée. C'est en effet une maladie très invalidante.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Avis défavorable.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Même avis.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 695 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 25 *bis* (nouveau)

- ① I. – Au dernier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique, les mots : « dont la seule autorisation d'activité de soins dont il est titulaire est une autorisation d'activité biologique d'assistance médicale à la procréation » sont remplacés par les mots : « autorisé à pratiquer les seules activités de soins dont la liste est fixée par décret en Conseil d'État ».
- ② II. – L'article 3 de l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds est ainsi modifié :
 - ③ 1° Le IV est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
 - ④ « En l'absence de publication au 1^{er} juin 2023, pour une activité de soins ou un équipement matériel lourd, des décrets mentionnés au présent IV, la durée des autorisations de l'activité de soins ou de l'équipement matériel lourd concernés demeure fixée conformément à l'article L. 6122-8 du code de la santé publique et les titulaires sollicitent, le cas échéant, le renouvellement de l'autorisation concernée conformément à l'article L. 6122-10 du même code.
 - ⑤ « En l'absence de publication au 1^{er} juin 2023, pour une activité de soins ou un équipement matériel lourd, des décrets mentionnés au présent IV, les titulaires d'une autorisation qui auraient dû déposer une demande de renouvellement d'autorisation entre la publication de la présente ordonnance et le 1^{er} juin 2023 sollicitent le

renouvellement de celle-ci dans un délai de six mois à compter de la publication du schéma régional de santé postérieure au 1^{er} juin 2023. Ils peuvent poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. À défaut de dépôt d'une telle demande, l'autorisation prend fin au lendemain de cette date ou à sa date d'échéance initiale. » ;

⑥ 2° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

⑦ « V. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique, les nouvelles demandes d'autorisation mentionnées au IV du présent article peuvent être accordées sans avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire en fonction de critères d'offre, de qualité ou de sécurité des soins définis par décret en Conseil d'État. »

⑧ III. – Le I entre en vigueur à la date de la publication du décret en Conseil d'État mentionné au même I, et au plus tard le 1^{er} juin 2023.

Mme le président. L'amendement n° 66, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. L'article 25 *bis* concerne les règles d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, qui ne relèvent pas d'une loi de financement de la sécurité sociale. Nous demandons donc sa suppression.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, *ministre déléguée*. Madame la rapporteure, vous proposez de supprimer l'article 25 *bis*, relatif à la simplification de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, au motif que cela ne relèverait pas d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Le premier volet de cet article permet aux groupements de coopération de porter une autorisation d'activité de soins sans être érigés en établissement de santé. Pour mémoire, l'une des orientations de la réforme des autorisations a été de transférer certaines autorisations d'équipements de matériel lourd en autorisations d'activités de soins. Cette disposition, qui vise à ne pas déstabiliser les coopérations mixtes public-privé existantes, évitera la multiplication des titulaires d'autorisations d'activités de soins pour contenir le nombre d'équipements matériels lourds et les dépenses d'assurés associées.

Le second volet de cet article rétablit la durée de vie initiale de sept ans des autorisations d'activités de soins, dont les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement ne seront pas révisées. Il permet également aux ARS de déroger temporairement à l'obligation de solliciter l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins pour certaines demandes d'autorisation sur la base de critères d'offre, de qualité et de sécurité des soins, qui seront définis par décret.

En l'absence de mesure, le traitement de l'ensemble des autorisations concernées ne pourra pas être pris en charge, à moyens constants, par les établissements de santé et les ARS. Cela induirait également un décalage de la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'au minimum un an, décalant d'autant l'impact financier associé.

Une telle mesure, en plus d'écarter les risques qu'un retard pris dans le renouvellement et l'octroi de nouvelles autorisations ferait peser sur l'offre de soins et la sécurité juridique des établissements de santé, présente un réel impact sur les dépenses d'assurance maladie, justifiant ainsi sa place en LFSS.

Pour l'ensemble de ces raisons, je suis défavorable à votre amendement.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 66.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. En conséquence, l'article 25 *bis* est supprimé.

Article 25 *ter* **(nouveau)**

- ① L'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Lorsqu'un établissement de santé mentionné au *d* de l'article L. 162-22-6 emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement, hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1. » – *(Adopté.)*

Article 25 *quater* **(nouveau)**

- ① L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Les mots : « 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public » sont remplacés par les mots : « L. 556-11 du code général de la fonction publique » ;
- ③ 2° À la fin, l'année : « 2022 » est remplacée par l'année : « 2035 ».

Mme le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 25 *quater* prolonge jusqu'au 31 décembre 2035 le dispositif permettant aux médecins et aux infirmiers de travailler jusqu'à 72 ans dans les établissements publics de santé.

L'intention du Gouvernement de prolonger cette dérogation face aux besoins de personnels médicaux et paramédicaux est, en quelque sorte, une mesure de sauve-qui-peut.

Entre 2017 et 2019, le nombre de médecins âgés de 70 ans à 72 ans a progressé de 15 % par an.

La solution ne peut pas être de prolonger la génération du baby-boom le plus longtemps possible en attendant l'arrivée des nouvelles générations de personnels. Nous en avons longuement discuté hier, madame la ministre. Il faut former plus de médecins, et donc donner des moyens aux universités. M. Braun, ministre de la santé et de la prévention, disait hier que les mesures prises par le Gouvernement permettaient de former plus de médecins. Il paraissait assez satisfait de ce résultat.

Cependant, je veux tempérer son enthousiasme, car 11 000 médecins sont formés chaque année, soit à peu près le même nombre qu'en 1975, alors que la population a augmenté de 20 %, avec des besoins en santé plus importants induits par les polyopathologies liées au vieillissement de la population. Permettre aux médecins et aux infirmières de travailler jusqu'à 72 ans n'est pas sérieux. Surtout, ce n'est pas à la hauteur des besoins en matière de santé.

Mme le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Tout le monde connaît des médecins de 70 ans ou 72 ans qui poursuivent leur activité et qui sont en pleine forme.

Même si vous donnez entière satisfaction à l'hôpital à 70 ans, vous êtes obligé de partir. En revanche, vous pourrez faire les beaux jours d'une clinique privée. Je ne suis pas d'accord avec ma collègue. Il faut que les médecins en bonne forme physique puissent continuer de travailler jusqu'à 72 ans.

Mme le président. Je mets aux voix l'article 25 *quater*.

(L'article 25 quater est adopté.)

Article 25 *quinquies* **(nouveau)**

Au A et à la fin du dernier alinéa du B du IV et à la fin du dernier alinéa du V de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, la date : « 31 décembre 2022 » est remplacée par la date : « 30 avril 2023 ».

Mme le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Cet article, issu d'un amendement adopté à l'Assemblée nationale, porte sur les praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue). Alors que la mission flash sur les urgences pointait la nécessité de prolonger l'autorisation d'exercice, aucun article n'était prévu dans le projet de loi initial. Sans cet article 25 *quinquies*, de nombreux établissements auraient mis un terme aux contrats des Padhue au 1^{er} janvier 2023.

Ce n'est pas la première fois que nous évoquons ici la situation des Padhue. Malgré la loi de 2019, leurs difficultés à exercer demeurent.

J'ai moi-même adressé un courrier à M. le ministre, à la fin du mois de septembre, pour l'alerter sur les conditions d'accès au statut de praticien associé, notamment pour celles et ceux qui doivent passer les épreuves de vérification des connaissances (EVC). Les Padhue non lauréats des EVC de 2021 sont priés de repasser leurs épreuves en 2023, mais sans aucune précision sur le calendrier exact.

Pour les deux voies d'accès, procédure dérogatoire ou concours, les ARS et le Centre national de gestion, chargés d'examiner les dossiers d'autorisation d'exercice, sont très en retard, laissant les professionnels dans une attente et une incertitude ingérables.

Malgré leurs compétences et leur expérience, ces médecins sont beaucoup moins bien rémunérés que leurs collègues assistants et praticiens hospitaliers. Ces médecins, sages-femmes, pharmaciennes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, dont le nombre est estimé à 4 000, sont devenus au fil des ans des éléments indispensables pour le fonctionnement des hôpitaux, y compris hospitalo-universitaires.

Aussi aberrant que cela puisse paraître, la grande majorité de ces Padhue sont aujourd'hui en situation irrégulière au regard des règles relatives au droit au séjour. À l'heure où la tension est maximale dans les hôpitaux, dans les Ehpad, une telle situation est inacceptable.

Le report proposé au mois d'avril 2023 par notre collègue Jomier, pour lequel un avis favorable de la commission a été émis, est, certes, une respiration, mais il faut aller beaucoup plus loin. Nous soutiendrons également l'initiative de notre collègue Poncet Monge.

Mme le président. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 954 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Remplacer la date :

30 avril 2023

par la date :

31 décembre 2023

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Cet amendement concerne effectivement les Padhue.

Le calendrier initial prévoyait que les médecins titulaires étrangers disposant d'un diplôme obtenu dans un État non-membre de l'Union européenne et ayant travaillé en France au moins deux ans se verraient délivrer une attestation permettant un exercice temporaire. Celle-ci devait permettre le recrutement du praticien le temps que l'examen de son dossier par la commission d'autorisation d'exercice détermine s'il pouvait s'inscrire à l'ordre, s'il avait besoin de formations complémentaires ou s'il devait cesser sa pratique. Elle était valable jusqu'au 31 décembre 2020, et elle a déjà été prorogée jusqu'au 31 décembre 2022.

Au mois de septembre 2022, la majorité des praticiens étaient toujours en attente de l'examen de leur dossier par la commission nationale. Plus de 4 000 dossiers ont été déposés, et l'organisation retenue, à savoir un entretien oral de chaque candidat par la commission d'autorisation d'exercice, ne permettra pas à l'ensemble des praticiens inscrits dans cette procédure de régularisation de voir leur dossier examiné.

Afin de sécuriser l'exercice de ces professionnels et l'organisation des établissements, notre amendement vise donc à décaler au 31 décembre 2023 la fin de validité des autorisations temporaires. Nous proposons un tel délai par précaution, pour nous laisser la possibilité, que – je l'espère – nous n'utiliserons pas, d'y revenir dans le prochain PLFSS en l'absence d'avancée satisfaisante dans le traitement des dossiers par les commissions.

Mme le président. L'amendement n° 1094 rectifié, présenté par M. Jomier, Mme Lubin, M. Kanner, Mmes Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier, Poumirol et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Remplacer la date :

30 avril 2023

par la date :

30 juillet 2023

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Il y a deux problèmes.

Le premier est un problème de délai, dont tout le monde convient. La borne proposée par le Gouvernement est trop proche. Nous proposons donc de la décaler de quelques mois, pour faire en sorte que l'ensemble des dossiers puissent être examinés.

Le second est un problème de procédure. Celle-ci est beaucoup trop complexe. Preuve en est la multiplication des cas personnels qui nous remontent et qui nous apparaissent anormaux. Elle est, de surcroît, très stressante pour les personnes concernées, qui – je le rappelle – sont des professionnels de santé exerçant dans notre pays parfois depuis longtemps.

Au-delà de cet amendement visant à reporter de quelques mois les délais d'examen des dossiers qui s'empilent actuellement, je vous invite, madame la ministre, à nous proposer une procédure plus simple. Soyez sûre que nous l'examinerons avec beaucoup de bienveillance.

Mme le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable sur l'amendement n° 954 rectifié, et avis favorable sur l'amendement n° 1094 rectifié.

Mme le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée. Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements.

L'article 25 *quinquies* concerne le stock – comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, je n'aime pas ce terme, mais c'est celui qui est inscrit dans la loi – des Padhue, c'est-à-dire les professionnels qui exerçaient déjà en France au moment du vote de la loi de 2019.

Depuis le mois de juillet, nous avons traité près de trois quarts des dossiers en attente – il y en avait environ 4 000 – grâce à la mobilisation de tous les acteurs concernés : l'ordre des médecins, les agences régionales de santé, le Centre national de gestion, etc. Nous prévoyons de traiter le quart restant avant le 30 avril 2023.

Nous avons donc bien mis en œuvre les moyens nécessaires pour nous occuper de ce grand volume de dossiers qui n'avaient pas pu être traités en 2020 à cause de la crise sanitaire – je rappelle que les membres du jury sont eux-mêmes des professionnels de santé – et très peu en 2021.

Il est très important d'aller vite sur ce stock de dossiers en attente – ce ne sont d'ailleurs pas de simples dossiers, mais d'abord des situations personnelles –, parce que nous devons donner de la lisibilité à ces professionnels dont nous avons besoin dans les hôpitaux. C'est pour cela que nous avons accéléré les choses depuis six mois.

C'est parce que nous avons mobilisé ces moyens que nous vous proposons une prolongation jusqu'au 30 avril prochain.

Au-delà de ce stock de dossiers concernant les professionnels en poste avant la loi de 2019, vous avez raison d'évoquer la question du flux.

La loi prévoit une autre procédure pour ces professionnels arrivés après la loi de 2019. Une première partie des EVC ont été organisées au mois de février 2022.

Nous sommes en train d'analyser la manière dont les choses se sont déroulées, et nous réfléchissons à assouplir certaines modalités de la procédure fixée par la loi, en particulier en ce qui concerne le stage de deux ans, afin d'éviter de créer un nouveau stock de Padhue exerçant dans des situations juridiques fragiles.

Pour cela, nous vous proposerons certainement, dans des délais rapprochés, de modifier la loi, afin de donner, là encore, de la visibilité à ces professionnels comme aux hôpitaux qui les emploient.

Pour ces raisons, je ne suis pas favorable à l'allongement du délai prévu à l'article 25 *quinquies*. Nous nous sommes fixé pour objectif de traiter tous les dossiers d'ici au 30 avril 2023, et je prends l'engagement que nous le respecterons. Cet engagement s'appuie sur le fait que nous avons été capables de traiter trois quarts des dossiers en six mois.

De toute façon, il nous faut régler très vite cette question du stock, parce que nous devons en même temps gérer le flux. Nous aurons certainement, je le redis, à modifier la loi pour améliorer la prise en charge de ce flux.

Enfin, au-delà des médecins, il nous faudra travailler sur la question du statut de certains autres professionnels de santé à diplôme étranger.

Adopter l'un de ces amendements, c'est-à-dire allonger encore le délai prévu, serait envoyer un très mauvais signal. Je prends l'engagement devant vous que nous aurons réglé la question des Padhue présents en France avant le vote de la loi de 2019 au plus tard le 30 avril 2023.

Mme le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, nous souhaitons nous aussi que tout soit réglé au 30 avril ! Mais nous ne voulons pas que des gens se retrouvent sans solution au mois de mai. Nous souscrivons à votre objectif, mais nous croyons qu'il faut prévoir un peu de souplesse, en accordant quelques mois supplémentaires.

Mme le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Nous tenons compte de ce qui vient d'être dit par Mme la ministre, et nous retirons l'amendement n° 954 rectifié au profit de l'amendement n° 1094 rectifié.

Mme le président. L'amendement n° 954 rectifié est retiré.

La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Le Gouvernement s'engage à respecter la date du 30 avril. Il ne serait pas judicieux d'envoyer un signal contraire en laissant penser que l'on pourrait prendre plus de temps. Tenons-nous en à l'engagement du Gouvernement !

Mme le président. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, notre commission a effectué un déplacement à l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis durant lequel notre attention a été attirée sur un autre sujet de même nature : le statut des sages-femmes à diplôme étranger. C'est une question à laquelle vous devez aussi vous intéresser.

Mme le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1094 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme le président. Je mets aux voix l'article 25 *quinquies*, modifié.

(L'article 25 quinquies est adopté.)

Mme le président. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, il nous reste 270 amendements à examiner, et nous leverons aujourd'hui la séance à dix-huit heures pour reprendre nos travaux samedi matin.

Si nous ne voulons pas terminer l'examen du texte dans la nuit de samedi à dimanche, voire le dimanche, nous devons tous être concis, en particulier lors de la présentation des amendements. Il ne me semble pas utile, par exemple, de lire entièrement l'objet d'un amendement qui a été diffusé et qui est donc disponible pour tout un chacun. Soyons synthétiques !

Il est vrai que nous disposons de peu de temps pour examiner le PLFSS, beaucoup moins que pour le projet de loi de finances, alors que ce sont des budgets différents. C'est un vrai sujet. Par exemple, ce serait bien de ne pas avoir de questions au Gouvernement pendant la semaine d'examen du PLFSS. *(Applaudissements sur des travées des groupes Les Républicains et UC.)*

3

ORGANISATION DES TRAVAUX

Mme le président. M. le président du Sénat a reçu de Mme la Première ministre transmission du projet de loi de finances rectificative pour 2022 dès ce mercredi 9 novembre.

Dès lors, et après concertation avec les groupes politiques et la commission des finances, nous pourrions avancer le délai limite de dépôt des amendements de séance, initialement prévu le mercredi 16 novembre à 12 heures, au mardi 15 novembre à 17 heures.

Y a-t-il des observations ?...

Il en est ainsi décidé.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures cinq, est reprise à quatorze heures trente-cinq, sous la présidence de M. Vincent Delahaye.)

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE
vice-président

M. le président. La séance est reprise.

4

MISE AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour des mises au point au sujet de votes.

Mme Jocelyne Guidez. Lors du scrutin n° 38, M. Jean-François Longeot souhaitait voter pour.

Lors du scrutin n° 43, M. Hervé Maurey souhaitait s'abstenir. Et lors du scrutin n° 44, il souhaitait voter pour.

M. le président. Acte est donné de vos mises au point, ma chère collègue. Elles seront publiées au *Journal officiel* et figureront dans l'analyse politique des scrutins concernés.

5

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2023

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Dans la suite de l'examen des articles, nous en sommes parvenus, au sein du titre I^{er} de la quatrième partie, au chapitre III.

Chapitre III

ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ ET RÉNOVER LE PARCOURS DE SOINS

Article 26

- ① L'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le septième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ③ « II. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut recueillir chaque année, auprès d'un échantillon représentatif des personnes physiques ou morales exploitant des équipements matériels lourds d'imagerie médicale qu'il constitue, les informations ou documents nécessaires aux études et propositions mentionnées aux 1° à 3° du I.
- ④ « Ce recueil est réalisé de manière à garantir l'absence de divulgation d'informations protégées par le secret mentionné à l'article L. 151-1 du code de commerce.
- ⑤ « L'échantillon représentatif est constitué tous les trois ans par appel à candidatures, complété le cas échéant par des désignations afin de garantir la fiabilité et la représentativité des données. La commission prévue à l'article L. 162-1-9 du présent code est consultée sur la méthodologie et le calendrier en amont du recueil. Elle rend un avis sur les résultats obtenus.
- ⑥ « Lorsqu'une personne physique ou morale incluse dans l'échantillon refuse de transmettre les informations demandées, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observa-

tions, lui infliger une pénalité financière inférieure ou égale à 1 % du montant des remboursements liés à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds qu'elle exploite et versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

- ⑦ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑧ « Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑨ 2° Le huitième alinéa est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au début, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑪ b) La première phrase est ainsi rédigée : « La commission mentionnée au I rend un avis sur les propositions mentionnées aux 3° et 4° du même I dans un délai de trente jours à compter de leur transmission. » ;
- ⑫ 3° Le neuvième alinéa est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- ⑭ b) À la seconde phrase, les mots : « septième alinéa du présent article » sont remplacés par les mots : « dernier alinéa du I » ;
- ⑮ 4° Au dixième alinéa, les mots : « neuvième alinéa » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du présent IV » ;
- ⑯ 5° Au dernier alinéa, les mots : « dixième alinéa » sont remplacés par les mots : « deuxième alinéa du présent IV ».

M. le président. L'amendement n° 1012, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1, au début

Ajouter la référence :

I. –

II. – Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les dispositions des huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

III. – Après l'alinéa 16

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le dernier alinéa du IV de l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les dispositions des huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, *ministre de la santé et de la prévention*. Cet amendement de nature technique vise à rationaliser la gestion du recouvrement de deux pénalités : celle qui est créée par le présent article et celle qui est prévue à l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale.

Il est ainsi proposé de transférer ce recouvrement, initialement confié aux Urssaf, à la branche maladie.

En effet, la branche maladie est dans les deux cas désignée par le législateur pour être à l'origine de la notification des pénalités. Ses organismes locaux ont la capacité juridique et technique pour mettre en œuvre ces procédures jusqu'au terme de l'encaissement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie*. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1012.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26, modifié.

(L'article 26 est adopté.)

Après l'article 26

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 131 rectifié est présenté par Mmes Guidez, Belrhiti et Bonfanti-Dossat, MM. Cadec, Canévet, Chasseing, Chauvet, Cigolotti, Daubresse, Decool et Delcros, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Détraigne et Duffourg, Mmes Gacquerre, Garriaud-Maylam, Gatel et N. Goulet, MM. Guerriau et Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern, Klinger, Lafon, Le Nay, Levi et Louault, Mmes Morin-Desailly, Perrot et Puissat, M. Sautarel et Mme Vermeillet.

L'amendement n° 316 rectifié *ter* est présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Burgoa, D. Laurent, Cambon et Calvet, Mmes Thomas et Di Folco, M. Bouchet, Mmes Richer et Dumont, M. Charon, Mmes L. Darcos et Gosselin, MM. Allizard, Panunzi et Rapin, Mmes Jacques et Dumas, M. Laménie, Mme Micouveau, M. Belin, Mme Raimond-Pavero et MM. Bonhomme et Gremillet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Sur la base de l'expérimentation et du rapport d'évaluation prévus à l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, ainsi que des travaux du Haut Conseil des nomenclatures mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la forfaitisation du financement de la radiothérapie est mise en place au plus tard le 31 décembre 2023.

II. – Un décret en Conseil d'État définit les modalités de mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement et précise notamment les forfaits par technique de radiothérapie ainsi que les modulateurs de traitement.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 131 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Il a été observé en France un retard du développement des techniques de radiothérapie innovantes, notamment parce que le mode de rémunération n'y est pas favorable.

En effet, le modèle actuel de financement de la radiothérapie repose sur un système de double tarification qui crée des distorsions tarifaires et une mauvaise allocation des ressources.

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

Si une expérimentation d'une durée de quatre ans a été lancée dans le cadre de l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, permettant de confirmer l'évolution vers un modèle de financement forfaitaire, la concrétisation de la réforme est toujours attendue.

C'est pourquoi cet amendement vise à inscrire dans la loi l'aboutissement programmé de la réforme du financement de la radiothérapie engagée voilà près de dix ans. Compte tenu des économies visées, cet aboutissement est à inscrire dans les travaux prioritaires du Haut Conseil des nomenclatures.

M. le président. La parole est à Mme Micheline Jacques, pour présenter l'amendement n° 316 rectifié *ter*.

Mme Micheline Jacques. Cet amendement est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Il est plus que regrettable que l'expérimentation se prolonge sans cesse.

Pour autant, il n'est pas souhaitable de décider d'appliquer une réforme aussi lourde tant que l'évaluation de l'expérimentation n'a pas été conduite.

C'est pourquoi la commission demande le retrait de ces amendements identiques. À défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, *ministre*. Même avis.

M. le président. Madame Guidez, l'amendement n° 131 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 131 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 316 rectifié *ter*, madame Jacques ?

Mme Micheline Jacques. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 316 rectifié *ter* est retiré.

Article 26 bis (nouveau)

① Après le III de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

② « III *bis*. – Chaque année, le Gouvernement définit la liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation et les tarifs doivent être révisés au cours de l'année suivante selon des modalités précisées par décret. Cette liste est établie notamment en fonction des priorités de santé publique et des écarts entre les tarifs et les coûts

engagés. Ces travaux font l'objet d'un rapport d'activité remis au Parlement l'année suivante. Ce rapport est rendu public. »

M. le président. L'amendement n° 67, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 26 bis impose au Gouvernement de définir chaque année la liste des prestations et des actes dont la hiérarchisation dans la nomenclature et les tarifs doivent être prioritairement révisés lors de l'année suivante.

Les moyens mis à la disposition du Haut Conseil aux nomenclatures seront beaucoup plus déterminants que cette obligation procédurale.

En conséquence, le présent amendement propose la suppression de l'article.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 67.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 26 bis est supprimé.

Article 27

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 20° de l'article L. 161-37, il est inséré un 21° ainsi rédigé :
- ③ « 21° Rendre l'avis mentionné à l'article L. 162-1-24 du présent code ; »
- ④ 2° Après l'article L. 162-1-23, il est inséré un article L. 162-1-24 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 162-1-24. – Tout acte innovant de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale relevant de la dotation nationale de financement mentionnée à l'article L. 162-22-13 et conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques ou médico-économiques. La liste des actes qui bénéficient de cette prise en charge est décidée par le ministre chargé de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé.
- ⑥ « Au titre de la demande d'inscription sur la liste prévue au II de l'article L. 162-1-7, la Haute Autorité de santé est, par dérogation au même II et dès lors que l'acte a bénéficié de la prise en charge mentionnée au premier alinéa du présent article, réputée saisie, en application du présent article, six mois avant l'expiration de la durée fixée au premier alinéa.
- ⑦ « Les critères d'éligibilité, les modalités d'inscription après avis de la Haute Autorité de santé sur la liste des actes bénéficiant de la prise en charge mentionnée au premier alinéa ainsi que la procédure d'actualisation de cette liste après avis de la Haute Autorité de santé sont fixés par décret en Conseil d'État. »

⑧ II. – Le I de l'article L. 6211-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

⑨ 1° À la fin du 1°, les mots : « hôpital des armées » sont remplacés par les mots : « élément du service de santé des armées au sens de l'article L. 6147-7 » ;

⑩ 2° Le 2° est ainsi rédigé :

⑪ « 2° Soit dans des catégories de lieux répondant à des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

⑫ « Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe la liste des lieux répondant aux conditions prévues au premier alinéa du présent 2°. » ;

⑬ 3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « et, le cas échéant, du ministre des armées ».

⑭ III. – Par dérogation aux articles L. 162-14 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, à défaut d'accord signé avant le 1^{er} février 2023 entre les parties à la convention mentionnée à l'article L. 162-14 du même code prévoyant des baisses des tarifs des actes de biologie médicale non liés à la gestion de la crise sanitaire de nature à générer une économie dès 2023 à hauteur d'au moins 250 millions d'euros, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent ces baisses de tarifs par arrêté.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Alors que l'article 27 prévoit notamment de réguler les dépenses de biologie médicale courante de 250 millions d'euros, je voudrais alerter sur la situation du secteur.

Au mois de mai dernier, des biologistes médicaux se sont alarmés de la financiarisation de leur métier et de la santé d'une manière plus globale. Selon le réseau des biologistes indépendants, de plus en plus de laboratoires sont détenus par des fonds de pension, notamment étrangers. Il y a vingt ans, il n'y avait aucun groupe financier dans la biologie médicale ; en 2022, de tels groupes détiennent 67 % du marché.

Nous assistons à une concentration des laboratoires de biologie entre les mains de quelques groupes, ce qui entraîne des fermetures de laboratoires de proximité ; j'attire votre attention sur ce point, mes chers collègues.

Les risques sont forts de créer un nouveau scandale Orpea pour les laboratoires de biologie médicale, d'autant que la pandémie a entraîné un recours massif au dépistage du covid-19 et que cela représente un marché extrêmement intéressant. De 2020 à 2022, l'assurance maladie a versé près de 7,3 milliards d'euros aux laboratoires au titre des tests contre le coronavirus. Le chiffre d'affaires des laboratoires est ainsi passé de 5,1 milliards d'euros à 9,4 milliards entre 2019 et 2021.

Il est donc normal de la part de l'assurance maladie de vouloir réguler les dépenses en biologie, mais il faut tenir compte de la concentration des laboratoires, certains ne jouant pas à armes égales avec les petits laboratoires de proximité. Il faut donc faire la différence entre ces deux types d'établissements comme, en quelque sorte, entre les petites entreprises et les grands groupes du CAC 40.

M. le président. L'amendement n° 342 rectifié *quater*, présenté par Mme Paoli-Gagin, M. Redon-Sarrazy, Mme L. Darcos, M. Moga, Mmes G. Jourda et Dumont,

MM. Chantrel, Capus, Guerriau et Wattebled, Mme Mélot, MM. Decool, Lagourgue, Chasseing, A. Marc et Grand, Mmes Artigalas, Espagnac et M. Filleul, MM. Bourgi, Todeschini, Montaugé, Tissot et Hingray, Mme Demas et MM. Pla et Klingner, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

et doit rendre son avis avant cette même expiration

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. L'optimisation du processus d'inscription au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie doit s'accompagner de plus de visibilité sur les durées d'inscription de ces actes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Le Gouvernement partage le souhait d'une réforme qui permette de fluidifier la prise en charge, donc l'accès aux actes innovants pour les patients.

La procédure de sortie des actes du référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie vers une prise en charge de droit commun sera précisée par les textes réglementaires qui seront pris en application de cet article du PLFSS. Cette procédure vise bien entendu à accélérer les délais.

Le dispositif qui est proposé dans cet amendement ne relève pas du domaine législatif. C'est pourquoi l'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 342 rectifié *quater*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 68, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 11 et 12

Rédiger ainsi ces alinéas :

« 2° Soit, pour des motifs liés à l'état de santé du patient, dans des catégories de lieux répondant à des conditions déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé.

« Les conditions prévues au premier alinéa du présent 2° garantissent la qualité de la phase analytique de l'examen et prennent en compte l'offre territoriale de biologie médicale en laboratoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe la liste des lieux répondant à ces conditions. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à mieux encadrer le développement de la biologie médicale délocalisée, c'est-à-dire hors laboratoire.

La biologie médicale délocalisée peut être un atout pour les territoires. C'est pourquoi la commission a soutenu l'ouverture de cette pratique lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Cependant, les automates pour examen en biologie médicale délocalisée ne doivent pas être implantés sans supervision et au détriment de la qualité des examens.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je partage l'objectif de la commission. Toutefois, l'article prévoit justement que les directeurs généraux des agences régionales de santé régulent le déploiement de la biologie délocalisée.

Cet amendement me paraît donc satisfait. C'est pourquoi j'en demande le retrait.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 68.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 70, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à supprimer l'économie pérenne de 250 millions d'euros demandée aux biologistes médicaux sur les actes non liés au covid-19.

En effet, le Sénat a déjà adopté l'amendement n° 37 de la commission instituant une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées au dépistage du virus SARS-CoV-2 au titre de l'année 2021. Cette contribution devrait générer un produit de 250 millions d'euros. Il convient donc de supprimer l'alinéa 14 de l'article 27.

M. le président. L'amendement n° 338 rectifié, présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Burgoa, D. Laurent, Cambon et Calvet, Mmes Thomas et Di Folco, M. Bouchet, Mmes Richer et Dumont, M. Charon, Mmes Puissat et L. Darcos, MM. Panunzi et Cadec, Mmes Delmont-Koropoulis, Jacques et Dumas, M. Laménie, Mme Micouleau et MM. Belin, Bonhomme et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

III. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 162-14 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, à défaut d'accord signé avant le 1^{er} février 2023 entre les parties à la convention mentionnée à l'article L. 162-14, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent par arrêté :

1° Une remise exceptionnelle par les laboratoires de biologie médicale au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des sommes perçues au titre de la majoration des rémunérations tirées de l'exécution des actes de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification générique sur la période du 15 avril au 15 juin 2022 en application de l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification générique ;

2° Une baisse de 0,01 euro des tarifs de la lettre clé B mentionnés à l'annexe I de la convention nationale des biologistes médicaux libéraux, transitoirement pour la période allant du 1^{er} février 2023 au 31 décembre 2023 inclus.

La parole est à Mme Micheline Jacques.

Mme Micheline Jacques. Cet amendement est défendu.

M. le président. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 18 rectifié est présenté par MM. Longeot et Moga.

L'amendement n° 127 est présenté par MM. Rietmann et Perrin.

L'amendement n° 861 rectifié *bis* est présenté par MM. Chaize, Cambon, Pointereau, D. Laurent et Meignen, Mme Belrhiti, M. Sido, Mme Chauvin, MM. Brisson et Bonne, Mmes Demas et Gosselin, M. Sautarel, Mmes Delmont-Koropoulis, Jacques, Dumas, Micouleau, Dumont et Estrosi Sassone, MM. Bouchet et Belin, Mme Lopez, M. Chatillon, Mmes Canayer et Raimond-Pavero et M. Gremillet.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 14

Après le mot :

médicale

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

ainsi qu'une contribution exceptionnelle des laboratoires de biologie médicale au bénéfice de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au titre de la majoration des rémunérations perçues pour la réalisation d'examens de dépistage de la covid-19, de nature à générer au total une économie de 250 millions d'euros uniquement pour l'année 2023, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent ces baisses de tarifs et le montant de la contribution exceptionnelle par arrêté.

Les amendements n°s 18 rectifié et 127 ne sont pas soutenus.

La parole est à Mme Micheline Jacques, pour présenter l'amendement n° 861 rectifié *bis*.

Mme Micheline Jacques. Cet amendement est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je demande le rejet des amendements n°s 338 rectifié et 861 rectifié *bis*, au profit de l'amendement de la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je veux rappeler que le secteur de la biologie médicale a connu ces dernières années d'importantes transformations – Mme Cohen l'a souligné – ayant eu un impact positif sur l'équilibre économique des laboratoires.

Leur chiffre d'affaires est passé de 5,1 milliards d'euros en 2019 à 9,4 milliards en 2021, soit une augmentation de 85 %. Le taux de rentabilité du secteur est passé à plus de 30 %, contre 16 % en 2019, niveau alors déjà très élevé.

En 2019, d'après les données de la Drees, leur rentabilité était déjà trois fois supérieure à celle des cliniques privées. Dans son rapport *Charges et produits* de juillet 2022, la Cnam a montré que cette situation est commune à tous les laboratoires, quelle que soit leur taille.

Pour financer l'innovation et l'accès à des traitements et à des actes de biologie innovants, il est important d'identifier des mesures de limitation de la progression des dépenses. Comme l'a rappelé Mme Cohen, c'est tout de même la sécurité sociale qui finance tout cela ! Il est donc logique que nous nous dotions d'un contrôle à même d'équilibrer les dépenses et les recettes.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement est défavorable à ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. J'ai été énormément sollicité par les petits laboratoires de territoires ruraux, notamment dans mon département. Je dresse le même état des lieux que Mme Cohen et je soutiens l'initiative de notre rapporteure.

En effet, par son approche, elle entend la demande gouvernementale d'un effort particulier, justifié par la pandémie que nous avons connue, mais elle fait la distinction entre les plus-values générées par les périodes de dépistage du covid-19 et l'activité traditionnelle de ces petits laboratoires. La généralisation risquerait de fragiliser ces acteurs : très concrètement, dans mon département, elle se traduirait par la fermeture de cinq laboratoires en zone rurale.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 70.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 338 rectifié et 861 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 69, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 2° *bis* de l'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 2° ... ainsi rédigé :

« 2° ... Des orientations pluriannuelles d'évolution des dépenses de biologie médicale, les moyens concourant à leur respect ainsi que les mécanismes de maîtrise pouvant, le cas échéant, être mis en œuvre en cas d'évolution constatée des dépenses non conforme aux orientations définies ; »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ce dernier amendement de la commission sur cet article relatif aux dépenses de biologie médicale constitue le second volet de notre approche.

Il vise à prévoir que la convention entre les biologistes médicaux et l'assurance maladie devra intégrer des orientations pluriannuelles d'évolution des dépenses de biologie médicale, ainsi que les mécanismes de maîtrise concourant à leur respect. Il ne s'agit en aucun cas de nier les taux de rentabilité observés. C'est pourquoi, par la négociation, les laboratoires doivent naturellement reprendre la voie de la régulation des dépenses.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 69.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27, modifié.

(L'article 27 est adopté.)

**Article 27 bis
(nouveau)**

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le vingt-neuvième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, la commission spécialisée de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 162-1-25 du présent code est chargée de procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits de santé, des actes et des prestations à visée diagnostique, pronostique ou prédictive et du service qu'ils rendent. » ;
- ⑤ b) Au trentième alinéa, les mots : « , L. 165-1 et L. 161-37 du présent code » sont remplacés par les mots : « et L. 165-1 et L. 162-1-25 du présent code ainsi qu'au présent article » ;
- ⑥ 2° L'article L. 161-41 est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « et L. 161-37 » sont remplacés par les mots : « , L. 161-37 et L. 162-1-25 » ;
- ⑧ b) Au dernier alinéa, après le mot : « santé, », sont insérés les mots : « autres que ceux mentionnés à l'article L. 162-1-25 » ;
- ⑨ 3° Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le II de l'article L. 162-1-7 est ainsi modifié :
- ⑪ – les deux dernières phrases du premier alinéa sont supprimées ;
- ⑫ – après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑬ « Pour les actes à visée thérapeutique, à la demande du collègue, l'avis de la Haute Autorité de santé peut être préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article L. 165-1.
- ⑭ « Pour les actes à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, l'avis est rendu par la commission mentionnée à l'article L. 162-1-25.
- ⑮ « L'avis est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie dans un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes. » ;
- ⑯ b) Après l'article L. 162-1-23, il est inséré un article L. 162-1-25 ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 162-1-25. – Une commission spécialisée de la Haute Autorité de santé, distincte des commissions mentionnées à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, aux articles L. 165-1 et L. 161-37 du présent code et à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, est chargée de procéder, en vue de leur remboursement ou de leur prise en charge par l'assurance maladie :

- ⑱ « 1° À l'évaluation du service attendu et de l'amélioration du service attendu des actes à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 162-1-7 du présent code ;
- ⑲ « 2° À l'évaluation périodique du service attendu et de l'amélioration du service attendu des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain, quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées, lorsque ces produits et prestations sont à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 165-1 ;
- ⑳ « 3° À l'évaluation périodique du service médical rendu et de l'amélioration du service médical rendu des médicaments à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, dans les conditions fixées à l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. » ;
- ㉑ c) À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-17, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « lorsque ses usages sont thérapeutiques ou par la commission prévue à l'article L. 162-1-25 du présent code lorsque ses usages sont diagnostiques, pronostiques ou prédictifs » ;
- ㉒ 4° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- ㉓ a) La première phrase est complétée par les mots : « lorsque leurs usages sont thérapeutiques ou mentionnée à l'article L. 162-1-25 lorsque leurs usages sont diagnostiques, pronostiques ou prédictifs » ;
- ㉔ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. »
- ㉕ II. – Le premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉖ 1° Au début, sont ajoutés les mots : « Pour les médicaments à visée thérapeutique, » ;
- ㉗ 2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments à visée diagnostique, pronostique ou prédictive, cette liste est proposée par la commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 162-1-25 du code de la sécurité sociale. »

M. le président. L'amendement n° 71, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet article crée une nouvelle commission réglementée au sein de la HAS. Nous proposons de supprimer ce cavalier social.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Cet article permet une meilleure évaluation des actes concernés, ainsi que leur inscription plus rapide quand cela est pertinent, ce qui en accélérera le remboursement par l'assurance maladie.

Ces outils sont indispensables à notre politique de santé, et notamment au regard de la prévention, qu'il nous faut développer. Il peut s'agir de tests de dépistage, comme

nous en avons fait usage pendant l'épidémie de covid-19, ou encore de tests permettant de déterminer le traitement le plus adapté à certains types de cancer, ou de faire le diagnostic de l'endométriose, sujet dont il est actuellement beaucoup question.

Vous justifiez votre demande de suppression de cet article par son absence de lien avec l'objet des lois de financement de la sécurité sociale. Or cette mesure implique une prise en charge plus rapide d'un certain nombre d'actes et de prestations. Elle aura donc nécessairement un impact sur les finances de la sécurité sociale: sa présence dans le présent texte est totalement justifiée.

Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 71.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 27 *bis* est supprimé.

Article 28

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 20° de l'article L. 161-37, il est inséré un 22° ainsi rédigé :
- ③ « 22° Établir un référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité de la téléconsultation, applicable aux sociétés de téléconsultation mentionnées au I de l'article L. 162-1-7, et proposer des méthodes d'évaluation de ces sociétés. » ;
- ④ 2° Au I de l'article L. 162-1-7, après le mot : « médico-social », sont insérés les mots : « ou dans une société de téléconsultation définie à l'article L. 4081-1 du code de la santé publique » et, après l'année : « 2005, », sont insérés les mots : « dans le cadre ».
- ⑤ II. – Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre VIII ainsi rédigé :
- ⑥ « TITRE VIII
- ⑦ « AGRÉMENT DES SOCIÉTÉS DE TÉLÉCONSULTATION
- ⑧ « CHAPITRE UNIQUE
- ⑨ « Art. L. 4081-1. – Les sociétés de téléconsultation qui ont reçu l'agrément à cette fin des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, dans les conditions fixées au présent titre, peuvent demander à l'assurance maladie la prise en charge des actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient.
- ⑩ « Art. L. 4081-2. – Seules peuvent être agréées les sociétés qui remplissent les conditions suivantes :
- ⑪ « 1° Elles exercent sous la forme d'une société commerciale régie par le code de commerce et ont pour objet, à titre exclusif ou non exclusif, de proposer une offre médicale de téléconsultations ;
- ⑫ « 2° Elles ne sont pas sous le contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du même code, d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, à l'exception des dispositifs permettant la réalisation d'un acte de téléconsultation ;

- ⑬ « 3° Leurs outils et services numériques respectent les règles relatives à la protection des données personnelles, au sens du règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), ainsi que les référentiels applicables mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code. Les modalités de vérification de la conformité aux référentiels d'interopérabilité sont définies dans les conditions prévues à l'article L. 1470-6.
- ⑭ « Art. L. 4081-3. – I. – Lorsque plusieurs médecins exercent leur activité dans une même société de téléconsultation agréée, celle-ci doit les réunir régulièrement en un comité médical, comprenant des représentants des usagers, chargé de :
- ⑮ « 1° Donner son avis sur la politique médicale de la société et sur le programme d'actions mentionné au 1° du II ;
- ⑯ « 2° Contribuer à la définition de sa politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ⑰ « 3° (*nouveau*) S'assurer de la cohérence de la formation médicale continue des médecins salariés par la société.
- ⑱ « II. – La société agréée doit par ailleurs :
- ⑲ « 1° Élaborer, après avis du comité médical, un programme d'actions visant à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elle, assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme est transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de son siège social et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ;
- ⑳ « 2° Transmettre chaque année au conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de son siège social et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé un rapport sur ses activités comportant, notamment, le suivi de son programme d'actions. Les ministres peuvent rendre ce rapport public à la demande du Parlement.
- ㉑ « Art. L. 4081-4. – L'agrément ainsi que ses éventuels renouvellements sont subordonnés au respect des règles fixées à l'article L. 4081-2. Ils interviennent selon des modalités et pour une durée prévues par décret.
- ㉒ « Le renouvellement de l'agrément est en outre soumis :
- ㉓ « 1° Au contrôle du respect du référentiel mentionné au 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;
- ㉔ « 2° Au respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire fixées par la convention médicale ;
- ㉕ « 3° Au respect des obligations mentionnées à l'article L. 4081-3 du présent code.
- ㉖ « Si les conditions prévues pour la délivrance ou le renouvellement de l'agrément cessent d'être réunies, les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent le suspendre ou y mettre un terme, dans des conditions prévues par décret. »

- 27 II *bis* (nouveau). – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 28 1° L'article L. 1470-5 est ainsi modifié :
- 29 a) Au premier alinéa, les mots : « et de sécurité » sont remplacés par les mots : « , de sécurité et d'éthique » ;
- 30 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 31 « Le groupement d'intérêt public mentionné au même article L. 1111-24 assure le suivi et la revue régulière de ces référentiels. » ;
- 32 2° L'article L. 1470-6 est ainsi modifié :
- 33 a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 34 « I. – La conformité d'un système d'information ou d'un service ou outil numérique en santé aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est attestée par la délivrance d'un certificat de conformité par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, par un des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou par l'instance nationale d'accréditation d'un autre État membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, selon des modalités fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'arrêté mentionné à l'article L. 1470-5 du présent code précise si une procédure de délivrance d'un certificat de conformité est associée à ce référentiel. Dans ce cas, l'arrêté mentionne les organismes qui délivrent le certificat ainsi que, le cas échéant, les situations dans lesquelles ce certificat de conformité est obligatoire. » ;
- 35 b) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- 36 c) À la fin du même deuxième alinéa, les mots : « prévus au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 1470-5 » ;
- 37 d) À la fin du troisième alinéa, les mots : « premier alinéa » sont remplacés par la référence : « I » ;
- 38 e) Après le même troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- 39 « La liste des services numériques disposant de certificats de conformité aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 est mise à la disposition du public par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24.
- 40 « Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir que certains soins délivrés et prescrits par les professionnels et établissements de santé et réalisés au moyen de services numériques en santé ne disposant pas d'un certificat de conformité mentionné au I du présent article ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, il peut être fait application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. » ;
- 41 f) Il est ajouté un III ainsi rédigé :
- 42 « III. – Lorsqu'un éditeur de services numériques en santé, un professionnel personne physique ou une personne morale mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 1470-1, autre qu'un professionnel de santé relevant des professions faisant l'objet d'une convention

mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou L. 162-16-1, ne se conforme pas aux référentiels mentionnés à l'article L. 1470-5 du présent code ou ne dispose pas du certificat de conformité aux référentiels mentionné à l'article L. 1470-6 lorsque celui-ci est requis, et en l'absence de réponse dans le délai fixé par l'injonction ou si cette réponse est insuffisante, le ministre chargé de la santé, sur proposition du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, peut prononcer, après que l'intéressé a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à sa charge. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur :

- 43 « 1° À 1 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'éditeur au titre du dernier exercice clos pour l'année précédente, dans la limite d'un million d'euros ;
- 44 « 2° À 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales.
- 45 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté. Le ministre chargé de la santé peut assortir cette amende d'une astreinte journalière lorsque l'éditeur ne s'est pas conformé, à l'issue du délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées. Le montant de l'astreinte ne peut excéder 1 000 euros par jour.
- 46 « Les professionnels et les services de santé relevant de l'une des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale qui utilisent des services numériques en santé ne disposant pas du certificat de conformité mentionné au I du présent article, lorsque celui-ci est requis, encourent les sanctions prévues par la convention.
- 47 « Le produit des sanctions financières prévues au présent III est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour abonder le sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et pour concourir au développement de la régulation du numérique en santé. »
- 48 III. – Le présent article entre en vigueur dans des conditions et à une date fixées par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023, à l'exception du *f* du II *bis*, qui entre en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 31 décembre 2024.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, sur l'article.

Mme Émilienne Poumirol. Sur cet article 28, j'en appelle aujourd'hui à notre vigilance collective face à ce que je considère comme une dérive marchande et une « ubérisation » de notre système de santé.

La télémédecine contribue indéniablement à faciliter l'accès aux soins et à enrichir l'offre de santé, notamment pour le suivi de patients atteints de pathologies chroniques ou de cancers ou vivant en Ehpad.

Néanmoins, le recours à la télémédecine doit être strictement encadré. Un médecin ne doit pas pouvoir prendre en charge un patient sans avoir la possibilité de procéder à un examen clinique chaque fois que cela est souhaitable, sans avoir d'ancrage dans un territoire ni de connaissance de son tissu sanitaire et médico-social, sans se préoccuper du parcours de soins du patient ou encore sans apporter la garantie que la continuité des soins pourra être assurée.

J'aborde ici uniquement la problématique des plateformes commerciales se présentant comme des offreurs de soins en dehors de toute organisation territoriale reconnue et de tout parcours de soins.

Le circuit financier de ces plateformes pose par ailleurs question. En effet, sur certaines d'entre elles, comme vous le savez, la rémunération des médecins est facturée et perçue non par le médecin lui-même, mais par la société commerciale. Certaines plateformes encaissent même le montant de la consultation avant qu'elle soit réalisée ; d'autres subordonnent l'accès aux soins au versement de frais d'abonnement. Or cet encaissement direct des honoraires par la société commerciale est contraire au principe du paiement direct de l'acte par le patient au médecin, principe destiné à préserver l'indépendance professionnelle et morale de ce dernier.

De plus, certains médecins voient leurs actes rémunérés de façon dégradée – 12 ou 15 euros la consultation – ou se voient inciter à faire davantage de consultations à l'heure pour obtenir une majoration de leur rétribution. La téléconsultation n'apparaît alors plus comme un acte médical, mais comme un bien consommable que le patient peut acquérir sur le Net.

Le scandale des Ehpad du groupe Orpea a montré où mène cette logique marchande : à des soins de moindre qualité, à la mise en danger de patients. Voulons-nous la même chose pour les soins primaires ? La santé n'est pas un bien marchand : nous devons donc répondre à cette problématique de la téléconsultation marchande.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, sur l'article.

Mme Élisabeth Doineau. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la télémédecine est une solution à la raréfaction des médecins dans tous les territoires.

Aussi, je me saisis de l'occasion que représente l'examen de cet article pour interpeller M. le ministre au sujet des plafonnements d'actes de télémédecine accordés à la médecine de ville. J'entends bien qu'un cadre est nécessaire, mais permettez-moi de vous dire, monsieur le ministre, que votre logique m'échappe sur un point : l'application du plafond de 20 % du volume d'activité pour la téléconsultation.

Certes, la médecine de ville nécessite un suivi régulier et des consultations présentes. La situation est toutefois différente pour la médecine hospitalière, notamment pour l'anesthésie-réanimation. Augmenter le plafond selon les spécialités aurait donc de nombreux avantages. Ainsi, fixer le plafond à 50 % pour les médecins anesthésistes-réanimateurs offrirait des gains logistiques évidents pour le patient et pour les professionnels. En effet, la consultation préanesthésique est de toute façon complétée par une visite, obligatoirement présente, accomplie dans les heures précédant l'entrée au bloc opératoire. Ainsi, un examen clinique étant systématiquement réalisé à cette occasion, une téléconsultation initiale suivie de cette visite remplirait pleinement les conditions de sécurité requises pour le patient.

Par ailleurs, un accroissement du recours à la téléconsultation offrirait une plus grande attractivité à cette discipline dans les zones sous-dotées. Certaines sociétés l'ont bien compris et proposent déjà de sous-traiter des consultations d'anesthésie en téléconsultation, preuve qu'une réelle demande existe au sein de la profession.

Je pourrais également vous exposer la situation du seul allergologue de mon département, qui recourt à la téléconsultation pour faire face à une demande explosive.

Aussi, monsieur le ministre, j'attire votre attention sur la nécessité d'apporter de la souplesse, le fameux « esprit covid », aux professionnels des zones sous-dotées afin de maintenir, voire de renforcer, l'attractivité de l'exercice médical dans ces territoires.

M. le président. L'amendement n° 130 rectifié, présenté par Mmes Guidez, Belrhiti et Bonfanti-Dossat, MM. Chauvet, Cigolotti, Daubresse et Decool, Mme de La Provôté, MM. Delcros, Détraigne et Duffourg, Mmes Garriaud-Maylam, Gatel et N. Goulet, MM. Guerriau et Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern, Klinger, Lafon, Le Nay, Levi et Louault, Mmes Perrot et Puissat, M. Sautarel et Mme Vermeillet, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement vise à supprimer l'article 28, qui rend les sociétés commerciales de téléconsultation éligibles au remboursement par l'assurance maladie, *via* un système d'agrément.

Si la téléconsultation, comme outil de maintien d'un lien entre un patient et son médecin – *a fortiori* son médecin traitant –, a montré son intérêt lors de la crise sanitaire de la covid-19, la télémédecine comme pratique reste un champ trop peu encadré.

En particulier, les sociétés commerciales de télémédecine respectent rarement les règles de publicité liées à la déontologie médicale et se placent dans une perspective consumériste assumée. Certains équipements, comme les cabines de téléconsultation, se développent sans encadrement et les professionnels qui y officient ne répondent pas aux standards nationaux en matière de formation et de compétences, ce qui pose des questions essentielles de confidentialité, d'hygiène et de qualité des soins.

Si les sociétés commerciales de télémédecine ne sont pas soumises à un cadre réglementaire strict, les usagers doivent certes rester libres d'accéder à ce type de service commercial, mais celui-ci ne doit pas être pris en charge par la collectivité, c'est-à-dire remboursé par l'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet article vise justement à encadrer les sociétés de téléconsultation. Dans la mesure où la commission a souhaité accompagner cette volonté d'encadrement du Gouvernement, je vous invite, ma chère collègue, à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Comme cela a été dit, la télémédecine est un enjeu majeur pour le système de santé de demain, ce qui a largement été démontré durant la pandémie de covid-19.

Cela étant dit, je ne voudrais pas qu'on se trompe sur l'objectif de la télémédecine : il ne s'agit pas de remplacer les médecins, mais de proposer de nouveaux parcours de soins. C'est un nouvel outil, mais ce n'est qu'un outil. Il ne faut pas la prendre pour ce qu'elle n'est pas, à savoir un médecin de substitution.

Madame Doineau, je vous remercie pour votre remarque concernant le plafond de 20 %. Certes, un plafond est nécessaire pour éviter que certains médecins n'assurent plus que des téléconsultations, pas toujours depuis le territoire national, ce qui inquiéterait tout le monde. En revanche, la possibilité de faire varier ce plafond en fonction des spécialités – vous avez évoqué les consultations d'anesthésie-réanimation – figure bien dans la lettre de cadrage que j'ai transmise dans le cadre de l'élaboration de la convention médicale.

Je rejoins totalement la position de Mme la rapporteure : cet article vise justement à mettre en place une régulation de ces sociétés, de cette offre de téléconsultations. C'est la raison pour laquelle j'émettrai également un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Madame Guidez, l'amendement n° 130 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Compte tenu des explications fournies, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 130 rectifié est retiré.

Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 185 rectifié est présenté par M. Milon et Mme Gruny.

L'amendement n° 258 rectifié est présenté par M. Chasseing, Mme Mélot, MM. Wattebled, Guerriau, Grand, Lagourgue, Decool, Menonville, A. Marc et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Médevielle, Joyandet, Sautarel et Moga, Mme Dumont, MM. Bacci et Levi et Mme Jacquemet.

L'amendement n° 393 rectifié *ter* est présenté par Mme Estrosi Sassone, MM. Daubresse et Cambon, Mmes Di Folco et Thomas, MM. Chaize, Belin, Burgoa, Cardoux, J.B. Blanc, Bonnus, Brisson, Panunzi et Cadec, Mme Puissat, MM. Lefèvre, D. Laurent et B. Fournier, Mme L. Darcos, MM. Charon, Bouchet et J.P. Vogel, Mme Gosselin, M. Chatillon, Mme M. Mercier, MM. Perrin et Rietmann, Mme Canayer, MM. Genet et Sido, Mmes Belrhiti, Chauvin et Joseph, MM. Frassa et Cuypers, Mmes Jacques et Dumas, M. C. Vial, Mmes Micouleau, Renaud-Garabedian et Bourrat, M. Gremillet, Mme Ventalon, M. Bansard, Mmes Raimond-Pavero et Borchio Fontimp, M. Klinger et Mme Demas.

L'amendement n° 650 rectifié est présenté par Mme Schillinger, MM. Iacovelli et Hays, Mme Havet et MM. Dagbert, Buis et Rambaud.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

Après la référence :

22°

insérer les mots :

En coconstruction avec les organisations représentatives du secteur,

La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 185 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Afin de bénéficier des avancées notables mises en place par les opérateurs de télémédecine depuis 2019 en matière de qualité des pratiques profession-

nelles et, par conséquent, de qualité de l'offre de soins, il s'avère nécessaire de les inclure, ou d'inclure les différentes organisations représentatives de cette profession, dans le cadre des concertations visant à établir le référentiel prévu.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 258 rectifié.

M. Daniel Chasseing. Je veux affirmer l'importance de la télémédecine, qui représente un appoint très important dans les secteurs en difficulté.

En 2019, la Haute Autorité de santé a élaboré un guide des bonnes pratiques. Afin de bénéficier des avancées notables mises en place par les opérateurs en matière de qualité des soins rendus, il s'avère nécessaire d'inclure les différentes organisations représentatives de la profession dans le cadre des concertations visant à établir le référentiel prévu.

M. le président. La parole est à M. Laurent Burgoa, pour présenter l'amendement n° 393 rectifié *ter*.

M. Laurent Burgoa. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 650 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Au-delà des doutes que j'éprouve quant à l'inscription du terme « coconstruction » dans la loi, je ne pense pas qu'il soit opportun d'ajouter une telle mention à cet article. Faisons confiance à la Haute Autorité de santé pour ne pas faire de référentiel hors-sol !

L'avis de la commission sur ces amendements est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. J'estime qu'il est de l'essence même de la HAS de s'appuyer sur les organisations représentatives du secteur ; c'est sa méthodologie ordinaire.

De ce fait, je considère que ces amendements sont satisfaits et vous invite à les retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Gruny, l'amendement n° 185 rectifié est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 185 rectifié est retiré.

Monsieur Daniel Chasseing, l'amendement n° 258 rectifié est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 258 rectifié est retiré.

Monsieur Burgoa, l'amendement n° 393 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Laurent Burgoa. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 393 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 72, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Après le mot :

qualité

insérer les mots :

et à l'accessibilité

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à prévoir des critères d'accessibilité des téléconsultations au sein du référentiel que devra établir la Haute Autorité de santé. Il s'agit de veiller à la prise en considération, dans les outils et les moyens d'utilisation des téléconsultations, de difficultés que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Ce critère d'accessibilité des solutions de téléconsultation est déjà intégré dans le référentiel fonctionnel de la téléconsultation réalisé par l'Agence du numérique en santé. Cet article en rend obligatoire le respect. C'est pourquoi je considère que cet amendement est satisfait et vous invite à le retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 72.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 186 rectifié est présenté par M. Milon et Mmes Lassarade et Grunyt.

L'amendement n° 259 rectifié est présenté par M. Chasseing, Mme Mélot, MM. Wattebled, Guerriau, Grand, Lagourgue, Decool, Menonville, A. Marc, Verzelen, Capus, Médevielle, Malhuret, Joyandet et Sautarel, Mme N. Goulet, M. Moga, Mme Dumont, MM. Bacci, Delcros et Levi et Mme Jacquemet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

1° Après le mot :

évaluation

insérer les mots :

et de certification

2° Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

qui sont réalisées par des organismes reconnus de la certification et de l'audit dans les domaines du management des systèmes d'information et de la santé. Les conditions de mise en œuvre de la certification sont définies par décret.

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 186 rectifié.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement a été déposé par M. Milon.

Au-delà de l'évaluation des sociétés de téléconsultation, il apparaît aujourd'hui plus que nécessaire de garantir aux Français que ces opérateurs respecteront au quotidien le référentiel que produira la Haute Autorité de santé. Il y va de la qualité et de la sécurité des actes de soins réalisés en téléconsultation. Cette certification contribuera à mettre un terme aux dérives constatées chez certains acteurs du marché.

Une même démarche de certification est déjà proposée pour les prestataires de services et distributeurs de matériel à domicile.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 259 rectifié.

M. Daniel Chasseing. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 651 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements identiques n° 186 rectifié et 259 rectifié ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je tiens à rassurer nos collègues quant à notre souci d'une vérification de la conformité aux référentiels qui seront établis.

La certification supplémentaire proposée dans ces amendements ne trouve pas sa place, car la notion d'« évaluation » du respect des référentiels est suffisante. Le respect de ces référentiels sera d'ailleurs bien contrôlé : c'est l'une des conditions qui seront vérifiées pour le renouvellement de l'agrément.

La commission demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, son avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Lassarade, l'amendement n° 186 rectifié est-il maintenu ?

Mme Florence Lassarade. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 186 rectifié est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 259 rectifié est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 259 rectifié est retiré.

L'amendement n° 74, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

et, après la référence : « L. 165-1 », sont insérés les mots : « du présent code »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Un problème de compréhension se pose ici : l'amendement tend à insérer des mots après une référence inexistante. J'y suis donc plutôt défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 74.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 75, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le I de l'article L. 162-1-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge d'actes de téléconsultation est subordonnée à la satisfaction de critères de qualité et de fiabilité des outils numériques utilisés et, dans le cas où ces actes sont réalisés au moyen d'équipements dédiés,

à la possession, par le gestionnaire de l'équipement, d'une autorisation de l'agence régionale de santé au regard de son lieu d'implantation. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'implantation de cabines de téléconsultation se fait de manière désordonnée et, parfois, dans des conditions ou des lieux inappropriés pour un outil de soins. La commission souhaite donc mieux encadrer ces implantations.

Le présent amendement vise en conséquence à soumettre les cabines de téléconsultation à une autorisation de l'ARS, qui tiendra compte de leur localisation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 75.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 73, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4 :

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 162-1-7-4, il est inséré un article L. 162-1-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-7-... – La prise en charge d'actes de téléconsultation est subordonnée au respect du parcours de soins coordonné en application de l'article L. 162-5-3 ainsi que de conditions déterminées par décret. Elle ne peut être plus favorable que la prise en charge des mêmes actes réalisés en consultation.

« Le décret prévu au premier alinéa prévoit notamment le nombre maximal d'actes de téléconsultation pouvant être pris en charge au cours d'une période déterminée. Le même décret détermine également le nombre maximal d'actes de téléconsultation pouvant être pris en charge après la réalisation du même acte en consultation. Ces nombres d'actes peuvent être supérieurs dans le cas de téléconsultations réalisées par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ou par un médecin ayant déjà reçu l'intéressé depuis moins d'un an. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission souhaite encadrer le recours à la téléconsultation au regard du parcours de soins.

Le présent amendement vise ainsi à rappeler la nécessaire inscription des actes dans le parcours de soins ; à ne pas permettre une prise en charge par l'assurance maladie plus importante pour les actes en téléconsultation que pour les consultations physiques ; à éviter les abus, en plafonnant le nombre de consultations sur une période déterminée et en posant le principe de l'alternance, par une limite du nombre de téléconsultations possibles entre deux rendez-vous de consultations classiques. Sur ce dernier point, la rédaction proposée permet de distinguer entre différents actes : il serait, par exemple, possible de permettre davantage de consultations à distance entre deux consultations physiques pour certaines spécialités. Enfin, le médecin traitant ou, à défaut, un médecin qui aurait vu le patient récemment pourrait autoriser un suivi à distance simplifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Les mêmes conditions de remboursement s'imposent pour les consultations physiques et les téléconsultations.

Les conditions de mise en œuvre des téléconsultations relèvent de négociations entre les partenaires conventionnels ; ceux-ci ont d'ailleurs prévu des exceptions au principe de respect du parcours de soins coordonné, notamment dans le cas d'un patient sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Ces exceptions sont utiles et permettent de faire de la téléconsultation un levier d'accès à la santé pour tous les patients et tous les territoires.

Par ailleurs, il n'est pas souhaitable de limiter *a priori* le nombre de téléconsultations réalisables pour un patient donné, l'appréciation de la pertinence de l'acte étant laissée au professionnel médical, comme pour tout acte médical. Je veux prendre pour exemple le suivi de pathologies chroniques, dont on parle beaucoup, qui peut être assuré par des infirmiers en pratique avancée, ce qui pourrait amener le médecin à ne faire que de la téléconsultation de façon répétée. Dès lors, il semble gênant de poser une telle limite : avis défavorable.

Rappelons à cette occasion que les médecins conventionnés et salariés de ces structures sont soumis à la limite maximale de 20 % d'activités à distance sur le total de leur activité annuelle, ce qui les empêche de ne faire que de la téléconsultation.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 73.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 830, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Remplacer les mots :

société commerciale régie par le code de commerce

par les mots :

association à but non lucratif

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement tend à modifier l'article 28 de manière à interdire aux sociétés commerciales régies par le code de commerce de pratiquer des téléconsultations.

Il me semble, mes chers collègues, qu'il faut être attentif à cette marchandisation de la santé, notamment dans un domaine en plein développement, où toutes formes de dérives peuvent apparaître. Je suis persuadée que nous refuserons ensemble cette marchandisation.

Notre groupe est convaincu de l'utilité de la téléconsultation, mais seulement dans la mesure où elle est encadrée, comme M. le ministre vient d'ailleurs de le souligner.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de limiter la téléconsultation aux associations à but non lucratif, afin d'empêcher certaines sociétés de faire du profit en exploitant la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'enjeu de cet article est bien d'imposer un cadre juridique aux sociétés existantes sur ce marché en développement. Si nous limitions ce nouveau statut aux associations, nous renoncions à encadrer l'existant, ce qui serait dommage.

La commission vous invite donc à retirer votre amendement, ma chère collègue ; à défaut, son avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Le présent article encadre les sociétés de téléconsultation et les régule pour que l'offre de soins réponde au mieux aux besoins des Français.

Les exigences juridiques qui y figurent permettront d'éviter les conflits d'intérêts en excluant le contrôle de ces sociétés par certaines personnes physiques ou morales. La qualité des pratiques est garantie par le respect du référentiel de la HAS, des principes posés par les partenaires conventionnels et des règles de déontologie, en lien avec le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom), ainsi que des règles de sécurité, d'interopérabilité et d'éthique des services d'information utilisés, par le biais du contrôle des systèmes d'information dans le domaine de la santé.

Dans ces conditions, les sociétés de téléconsultation pourront trouver une place pertinente, régulée et contrôlée, pour contribuer aux besoins de santé. Au regard de l'ensemble des dispositifs de contrôle qui sont mis en place, il me semble dangereux de vouloir en éliminer certaines : avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 830 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. À la lumière des explications de notre rapporteure et du ministre de la santé, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 830 est retiré.

L'amendement n° 791, présenté par Mmes Cohen, Apourcau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Supprimer les mots :

ou non exclusif

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Les amendements précédents témoignent de notre souci, partagé par le Gouvernement, d'encadrer le recours à la téléconsultation et les sociétés qui la pratiquent.

Depuis quelques années fleurissent jusque dans les supermarchés, comme cela a déjà été évoqué, des cabines offrant des consultations optiques, sans même qu'un praticien soit présent : tout peut se faire de manière virtuelle, par l'intermédiaire de *chatbots*.

En ce sens, l'adoption de l'amendement n° 75 était indispensable, car si ces téléconsultations peuvent constituer une réponse à la désertification médicale, permettant un accès aux soins, elles peuvent également relever quelque peu d'une science-fiction déshumanisée, qui s'étend jusque dans la santé.

Pour nous, il n'est pas possible de prétendre vouloir encadrer des sociétés telles que Livi ou Qare tout en leur permettant, comme le fait l'alinéa 11 de cet article, d'avoir une activité autre que médicale.

Nous proposons donc de restreindre l'agrément aux sociétés dont le seul objet est l'offre médicale de téléconsultations.

Une régulation de ce nouveau statut juridique nous paraît indispensable pour éviter certaines dérives. C'est pourquoi nous ne comprendrions pas que notre amendement ne soit pas adopté. J'espère du moins que son dispositif ne va pas à l'encontre de notre intention, comme c'était le cas pour notre amendement précédent...

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Pour le coup, ma chère collègue, ce que vous proposez est trop restrictif.

Ce dispositif ne me paraît pas pertinent, parce qu'il peut être cohérent pour une entreprise de proposer à la fois des téléconsultations et des outils de prises de rendez-vous, sans marchandisation. En outre, des sociétés détenant des centres de soins ou des établissements de santé privés pourraient vouloir proposer une offre de téléconsultation. Prenons garde à ne pas trop restreindre le cadre en voulant trop cloisonner ; je crois que ce serait contre-productif.

Nous convenons avec vous de la nécessité de mieux encadrer ce secteur, mais adopter cet amendement irait un peu trop loin. Je vous invite donc à le retirer ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 791.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1069 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazay et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévaille, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par les mots :

respectant les conventions définies à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. La télémédecine facilite incontestablement l'accès aux soins dans un certain nombre de cas et peut constituer un complément utile à la prise en charge des patients.

Toutefois, la téléconsultation ne peut être considérée que comme une activité subsidiaire à l'activité principale du médecin, qui s'effectue en présence du patient. Elle peut seulement pallier l'absence de praticien sur un territoire donné ou à un moment donné, ou répondre à la difficulté du patient de se déplacer. Elle peut enfin concerner, à titre dérogatoire, des patients sans médecin traitant.

Une convention nationale a été signée dès 2016 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie pour organiser les modalités de recours aux téléconsultations. Je veux rappeler ces modalités conventionnelles, qui se déclinent sur trois

axes : la téléconsultation doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné ; elle doit être réalisée à proximité et répondre à une logique territoriale ; enfin, elle doit être réalisée en alternance avec des consultations physiques.

Ce cadre a été confirmé par le tribunal judiciaire de Paris, dans un jugement en référé du 6 novembre 2020, rendu à la demande du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Cnam. Ce jugement fait l'objet d'un appel, mais le tribunal a considéré que la proposition d'une offre de téléconsultations par des médecins indépendants de l'organisation territoriale prévue par la convention nationale était illégale.

Cet amendement vise donc à obliger les sociétés commerciales de télémédecine à respecter les principes éthiques du numérique en santé et de la déontologie médicale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il n'est pas prévu ici de déroger à la convention médicale : une convention séparée n'est ni le projet du Gouvernement ni l'intention de la commission. J'ai d'ailleurs insisté dans mon rapport sur l'attachement de la commission à cette convention médicale.

Nous serons tous d'accord pour réaffirmer qu'il convient de préserver le caractère clinique de la pratique médicale et d'éviter des dérives qui mèneraient à une « ubérisation » de la médecine. C'est pourquoi je suis favorable, avec la commission tout entière, à un meilleur encadrement des téléconsultations.

Je vous invite donc à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. L'article 28 prévoit déjà que le respect de la convention médicale s'impose dans le cadre des téléconsultations ; à défaut, l'agrément pourra être retiré à tout moment à ces sociétés.

Cet amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer, faute de quoi l'avis du Gouvernement sera défavorable.

M. le président. Madame Poumirol, l'amendement n° 1069 rectifié est-il maintenu ?

Mme Émilienne Poumirol. Non, je le retire, monsieur le président ; cela m'a donné l'occasion de réaffirmer l'importance de la convention médicale.

M. le président. L'amendement n° 1069 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1066 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévaille, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par les mots :

de proximité, en alternance avec des consultations en présentiel et dans le cadre du parcours de soins coordonnés

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. C'est un amendement de repli par rapport au précédent ; je le retire donc, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1066 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1070 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévaille, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par les mots :

dans le cadre du parcours de soins coordonnés

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Je retire également ce second amendement de repli.

M. le président. L'amendement n° 1070 rectifié est retiré.

L'amendement n° 792, présenté par Mmes Cohen, Apourcaeu-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Supprimer les mots :

, à l'exception des dispositifs permettant la réalisation d'un acte de téléconsultation

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Afin d'encadrer plus strictement l'activité des sociétés de téléconsultation, cet amendement vise à empêcher qu'elles puissent être sous le contrôle d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de dispositifs permettant la réalisation des actes de téléconsultation.

Nous soutenons en effet qu'il faut impérativement de la régulation pour éviter les conflits d'intérêts. Si cet amendement était adopté, il n'y aurait plus de conflit d'intérêts entre l'opérateur et le fournisseur ou le fabricant de services, ou même de la plateforme. Cela permettrait d'éviter des situations d'enrichissement ou de monopole et, par là même, les abus de pouvoir sur ce marché faiblement concurrentiel.

En effet, en distinguant la fourniture des dispositifs de l'activité de téléconsultation elle-même, on peut empêcher que les fournisseurs de dispositifs numériques ou physiques soient organisateurs de téléconsultation. Cet amendement découle de la même philosophie qui a inspiré nos amendements précédents.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Vous souhaitez, ma chère collègue, interdire à une société qui développerait des outils de télémédecine d'opérer en tant que société de téléconsultation. La commission n'y est pas favorable.

En effet, il peut y avoir une cohérence à développer des offres matérielles de téléconsultation et à les utiliser en montant une société de téléconsultation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. La prévention des conflits d'intérêts est un enjeu majeur de la régulation par laquelle il convient d'encadrer l'activité des sociétés de téléconsultation.

C'est pourquoi, comme je l'indiquais précédemment, des mesures sont prévues pour empêcher que des fabricants, des fournisseurs et des distributeurs de médicaments, de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* n'exercent un contrôle sur ces sociétés.

Il convient toutefois de prévoir une exception afin de ne pas exclure des dispositifs permettant la réalisation d'actes de téléconsultation. Je pense en particulier aux stéthoscopes connectés, aux otoscopes ou aux dermatoscopes, qui sont de plus en plus souvent utilisés dans le cadre de ces actes de téléconsultation.

La dermatologie, par exemple, spécialité en déshérence – si je puis m'exprimer ainsi – dans de nombreux territoires, se prête particulièrement bien à la téléconsultation. Les dermatoscopes permettent en effet une très bonne vision à distance des lésions cutanées.

L'ensemble des outils précités étant liés à l'acte même de la téléconsultation, ils ne sont pas prescrits par un médecin.

Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 792 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 792.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1068 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les téléconsultations des médecins qu'elles salarient représentent une part minoritaire de l'activité de ces médecins, elles complètent une activité médicale majoritairement en présentiel ;

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise encore une fois à confirmer que l'activité en présentiel est le socle de la prise en charge du patient en médecine générale, conformément aux principes éthiques définis par la Commission européenne en 2022. Si la télémédecine peut s'avérer utile, l'examen clinique reste indispensable.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, l'exercice de la télémédecine ne peut dépasser 20 % du volume d'activité global d'un médecin sur une année civile – j'ai cru comprendre que ce seuil avait été relevé dans le texte. Par ailleurs, le médecin doit pouvoir ausculter le patient si besoin ou, à défaut, l'orienter vers un confrère sur un territoire donné.

Cet amendement vise à s'assurer que les sociétés commerciales de téléconsultation ne puissent proposer aux médecins qu'elles salarient un exercice médical contraire au code de déontologie médicale, c'est-à-dire excédant ce seuil de 20 %.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si je partage la préoccupation que vous exprimez, chère collègue, je ne vous rejoins pas quant aux moyens à employer.

Je suis d'accord sur le fond : la téléconsultation ne peut ni ne doit être exercée à temps plein ou majoritaire. Il revient toutefois à la convention médicale de fixer ce type d'obligation et d'en contrôler le respect. Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur les moyens mis en œuvre pour garantir le respect du plafond fixé à 20 % par la convention médicale ?

En tout état de cause, si je souhaite que cette activité de téléconsultation demeure minoritaire, je ne souhaite pas que le législateur écrive la convention médicale à la place des médecins et de l'assurance maladie : avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

Pour répondre à votre question, madame la rapporteure, nous nous assurons du respect de ce seuil de 20 % par le contrôle des facturations. Nous mettrons peut-être en place des variations en fonction des différentes spécialités.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1068 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 167 rectifié est présenté par Mmes Morin-Desailly et Saint-Pé, M. Duffourg, Mme Billon, MM. Kern, Le Nay, Canévet, Détraigne, Levi, Janssens et P. Martin, Mme Jacquemet, M. Chauvet et Mme de La Provôté.

L'amendement n° 189 rectifié est présenté par M. Milon et Mmes Gruny et Lassarade.

L'amendement n° 654 rectifié est présenté par Mme Schilling, M. Iacovelli, Mme Havet et MM. Haye, Dagbert, Buis et Rambaud.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 13, première phrase

Après les mots :

(règlement général sur la protection des données),

insérer les mots :

au référentiel Hébergeur de Données de Santé (HDS)

La parole est à Mme Annick Jacquemet, pour présenter l'amendement n° 167 rectifié.

Mme Annick Jacquemet. Il s'agit d'un amendement de ma collègue Catherine Morin-Desailly, que j'ai cosigné.

L'article 28 du PLFSS prévoit que les sociétés de téléconsultation ne recevront l'agrément que si elles respectent certaines conditions.

Les outils et services numériques de ces sociétés doivent notamment respecter les règles relatives à la protection des données personnelles au sens du règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD), ainsi que les référentiels applicables mentionnés dans le code de la santé publique.

Cet amendement vise à aller plus loin en conditionnant également l'agrément au respect du référentiel « hébergement de données de santé à caractère personnel » (HDS), qui requiert de se conformer à l'intégralité de la norme ISO 27001 relative à la mise en place effective d'un système de management de la sécurité de l'information.

Cette condition supplémentaire permettra d'assurer un haut niveau de protection de ces données très sensibles.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 189 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 654 rectifié.

M. Xavier Iacovelli. Il est également défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je souhaite rassurer les auteurs de ces trois amendements : le droit commun s'appliquera bien aux sociétés de téléconsultation.

Le référentiel visé par ces amendements figure à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. Il s'applique aux sociétés proposant de l'hébergement pour compte de tiers, ce que ces sociétés n'ont pas *a priori* vocation à faire. De fait, soit les sociétés de téléconsultation ne sont pas concernées par ce référentiel, ce qui rend la disposition proposée inopérante, soit elles entrent bien dans le champ et les amendements sont alors satisfaits.

Je demande donc le retrait de ces trois amendements identiques ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Les règles applicables aux hébergeurs de données de santé s'imposent dès lors qu'un opérateur n'héberge pas lui-même ses données de santé. Elles s'appliquent donc dans le cas où une société de téléconsultation ferait héberger ses données par une autre société.

Les autres opérateurs – les hôpitaux, y compris les hôpitaux locaux, ou les médecins généralistes libéraux qui hébergent par eux-mêmes leurs données de santé – ne sont pas soumis à ces contraintes. En revanche, comme tout effecteur de soins, ils sont soumis au respect du RGPD.

Si une procédure dérogatoire spécifique au droit commun de la certification HDS était instaurée, celle-ci devrait s'appliquer à l'ensemble des effecteurs de santé qui conservent eux-mêmes leurs données. Une telle disposition serait de toute évidence non justifiée et inapplicable.

C'est pourquoi je rejoins l'avis de la rapporteure et demande le retrait de ces trois amendements identiques.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. L'examen de cet amendement nous donne l'occasion d'évoquer le Health Data Hub et les alertes récentes relatives à la protection des données de santé. Je rappelle que, à défaut de *cloud* souverain ou même européen, ces données sont pour l'heure confiées à Microsoft.

Sur un sujet aussi important, on ne peut prendre trop de précautions. Une disposition de plus n'est pas une disposition de trop. Je ne suis pas certaine que le dispositif dont nous débattons soit applicable et je suivrai donc l'avis de la commission, mais je tiens à attirer votre attention, monsieur le ministre, sur la protection des données de santé.

Du reste, non seulement des hébergeurs, mais aussi des hôpitaux et des systèmes de santé ont récemment fait l'objet de nombreux *hackings* en vue d'une utilisation commerciale des données de santé et de leur détournement.

Il me paraît donc indispensable de mener un travail dans la durée et dans la continuité, comme ce fut nécessaire au moment du covid, sur les données recueillies par ces sociétés de téléconsultation, qui seront immanquablement connectées, afin d'en garantir le contrôle et la protection.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Il me semblait que l'hébergement par Microsoft que vient d'évoquer Mme Goulet devait être momentané.

Lors de son audition devant la commission d'enquête relative à l'évaluation des politiques publiques face aux pandémies, le secrétaire d'État Cédric O nous avait indiqué qu'un appel d'offres européen devait être lancé pour que ces données soient hébergées par une entreprise européenne, de façon à garantir qu'elles ne soient pas transmises à l'étranger. Cela devrait déjà être fait ! Qu'en est-il, monsieur le ministre ?

M. le président. Madame Jacquemet, l'amendement n° 167 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annick Jacquemet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 167 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 189 rectifié, madame Gruny ?

Mme Pascale Gruny. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 189 rectifié est retiré.

Monsieur Iacovelli, l'amendement n° 654 rectifié est-il maintenu ?

M. Xavier Iacovelli. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 654 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 187 rectifié est présenté par M. Milon et Mmes Gruny et Lassarade.

L'amendement n° 260 rectifié est présenté par M. Chasseing, Mme Mélot, MM. Wattebled, Guerriau, Grand, Lagourgue, Decool, Menonville, A. Marc et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Médevielle, Malhuret, Joyandet et Sautarel, Mme N. Goulet, M. Moga, Mme Dumont, MM. Bacci, Delcros et Levi et Mme Jacquemet.

L'amendement n° 653 rectifié est présenté par Mmes Schillinger et Havet et MM. Haye, Iacovelli, Dagbert, Buis et Rambaud.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Elles ont reçu une certification auprès d'un organisme reconnu dans l'évaluation de la conformité et la certification est accréditée par la Haute Autorité de santé. Le périmètre de la certification comprend *a minima* l'exigence du respect du référentiel Hébergeur de Données de Santé (HDS) et des règles attachées à la norme ISO 27001. Les conditions de mise en œuvre de la certification et le délai de mise en œuvre sont définis par décret.

La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 187 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 260 rectifié.

M. Daniel Chasseing. Défendu !

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 653 rectifié.

M. Xavier Iacovelli. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces trois amendements identiques tendent à compléter la certification des hébergeurs de données de santé au regard du référentiel HDS.

J'en demande le retrait ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Madame Gruny, l'amendement n° 187 rectifié est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 187 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 260 rectifié, monsieur Daniel Chasseing ?

M. Daniel Chasseing. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 260 rectifié est retiré.

Monsieur Iacovelli, l'amendement n° 653 rectifié est-il maintenu ?

M. Xavier Iacovelli. Je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 653 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques.

L'amendement n° 166 rectifié est présenté par Mme Morin-Desailly, M. Duffourg, Mme Billon, MM. Kern, Le Nay, Canévet, Détraigne, Levi et Janssens, Mme Jacquemet et M. Chauvet.

L'amendement n° 188 rectifié est présenté par M. Milon et Mme Gruny.

L'amendement n° 261 rectifié *bis* est présenté par M. Chasseing, Mme Mélot, MM. Wattebled, Guerriau, Grand, Lagourgue, Decool, A. Marc, Capus, Médevielle, Joyandet et Sautarel, Mme Dumont et MM. Bacci et Delcros.

L'amendement n° 394 rectifié *ter* est présenté par Mme Estrosi Sassone, MM. Daubresse et Cambon, Mmes Di Folco et Thomas, MM. Chaize, Belin, Burgoa, Cardoux, J.B. Blanc, Brisson, Panunzi et Cadec, Mme Puissat, MM. Lefèvre, D. Laurent et B. Fournier, Mme L. Darcos, MM. Charon, Bouchet et J.P. Vogel, Mme Gosselin, M. Chatillon, Mme M. Mercier, MM. Bonnus, Perrin et Rietmann, Mme Canayer, MM. Genet et Sido, Mmes Belrhiti, Chauvin et Joseph, MM. Frassa et Cuypers, Mmes Jacques et Dumas, M. C. Vial, Mmes Micouneau, Renaud-Garabedian et Bourrat, M. Gremillet, Mme Ventalon, M. Bansard, Mmes Raimond-Pavero et Borchio Fontimp, M. Klinger et Mme Demas.

L'amendement n° 459 rectifié *ter* est présenté par M. Menonville.

L'amendement n° 652 rectifié est présenté par Mme Schillinger, MM. Iacovelli et Haye, Mme Havet et MM. Dagbert, Rambaud et Buis.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...°Elles doivent constituer une offre locale de soins au travers de structures physiques disposant d'un rayonnement a minima de niveau régional. Ces structures constituées sous la forme d'organisations coordonnées territoriales permettent le retour des patients dans un parcours de soins coordonné et l'attribution d'un médecin traitant.

La parole est à Mme Annick Jacquemet, pour présenter l'amendement n° 166 rectifié.

Mme Annick Jacquemet. La prise en charge de la téléconsultation, telle qu'elle est définie à l'avenant 9 de la convention médicale, s'appuie fortement sur le respect d'une prise en charge à l'échelon du territoire. Cette condition est nécessaire pour garantir une réponse coordonnée autour du patient et un suivi de qualité dans la durée.

Cet amendement vise donc à conditionner l'agrément des sociétés de téléconsultation à une présence médicale physique dans les territoires.

Le dispositif envisagé permettra d'assurer des consultations physiques et en ligne tout en permettant de réorienter un patient dans un parcours de soins coordonné et lui offrant la possibilité de solliciter l'attribution d'un médecin traitant dans son bassin de vie.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 188 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 261 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Il est également défendu.

M. le président. La parole est à M. Laurent Burgoa, pour présenter l'amendement n° 394 rectifié *ter*.

M. Laurent Burgoa. Défendu !

M. le président. L'amendement n° 459 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 652 rectifié.

M. Xavier Iacovelli. Cet amendement vise à conditionner l'agrément des sociétés de téléconsultation au respect d'un principe de territorialité, en exigeant qu'elles soient en capacité d'assurer une présence médicale physique dans les territoires. Il s'agit d'éviter de décorrélérer l'acte de téléconsultation de toute présence médicale physique.

La réalisation des téléconsultations sans un minimum de lien avec les territoires et sans la possibilité de réorienter un patient dans un parcours de soins coordonné semblerait préjudiciable à la qualité de la prestation et risquerait de desservir l'objectif d'amélioration de l'accès à des soins de qualité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces amendements visent à obliger les sociétés de téléconsultation à proposer une offre physique de soins en sus de leur offre en ligne.

Sous une formulation attrayante, cela conduirait concrètement à mandater les sociétés de téléconsultation pour la création de centres de soins primaires privés dans les territoires.

J'estime qu'il n'est pas opportun de déléguer une mission d'offre de soins dans les territoires à des structures privées, encore moins de cette manière.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je comprends la préoccupation d'améliorer l'offre de soins dans les territoires, mais le remède ne doit pas s'avérer plus dangereux que le mal.

Permettez-moi de citer un exemple : cet été, le département de la Manche, qui était en grande difficulté pour assurer les interventions de médecine d'urgence, a fait appel à une structure proposant le concours d'un ambulancier et d'une infirmière, équipée d'une manette de téléconsultation, au domicile des patients.

Ce dispositif a permis, durant tout l'été, que deux tiers des patients ainsi pris en charge ne soient conduits aux urgences de l'hôpital. Or aucun praticien n'étant disponible dans le territoire, ces téléconsultations ont été assurées par des médecins du département de la Meuse, à l'autre bout de la France.

Ce dispositif a été particulièrement utile puisqu'il nous a permis de diminuer la pression sur les structures de médecine d'urgence de la Manche.

Je pourrais citer d'autres exemples dans d'autres départements, mais celui-ci suffit à démontrer qu'il ne faut pas aller trop loin. Les téléconsultations sont déjà limitées par le seuil de 20 % – les 80 % restants devant être effectués en présentiel.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 166 rectifié, 188 rectifié, 261 rectifié *bis*, 394 rectifié *ter* et 652 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1071 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...°Elles ne proposent pas de service de téléconsultations pour des patients couverts par une communauté professionnelle territoriale de santé.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Je souhaite insister encore sur l'importance des liens devant unir les sociétés de téléconsultation aux territoires.

Il convient, à mes yeux, de s'assurer qu'elles ne concurrencent pas localement l'exercice de la médecine de ville coordonnée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

En outre, les CPTS coordonnant l'action de tous les acteurs de santé sur un territoire, il serait intéressant que ces dernières mettent en place les téléconsultations avec les médecins qui y sont implantés.

La concurrence d'une société avec un médecin, à l'instar de l'exemple que vous venez de citer dans le département de la Meuse, monsieur le ministre, ne nous paraît pas souhaitable. Il ne s'agit pas de l'interdire, mais, à tout le moins, de faciliter l'organisation de téléconsultations par les CPTS.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La disposition proposée ne me paraît pas applicable.

Comment exclure un patient du recours à une téléconsultation au motif de sa couverture géographique par une communauté professionnelle territoriale de santé ?

La présence d'une CPTS dans le secteur du patient ne signifie pas que ce patient soit suivi par l'un des médecins y exerçant, ni même d'ailleurs que ce patient sache qu'il est couvert par une CPTS.

Pour ces raisons, la commission est défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Madame la sénatrice, je suis très favorable au déploiement des CPTS sur l'ensemble du territoire, mais force est de constater que cela prendra du temps.

La continuité et la permanence des soins font partie des missions des CPTS. Toutefois, même lorsqu'elles sont implantées dans un territoire, il peut être difficile de trouver un médecin pour chacun.

L'offre des sociétés de téléconsultation constitue donc un complément utile à l'offre locale des CPTS. J'ai d'ailleurs constaté qu'elles déploient parfois elles-mêmes des téléconsultations.

En tout état de cause, votre amendement me paraît trop restrictif : avis défavorable.

M. le président. Madame Poumirol, l'amendement n° 1071 rectifié est-il maintenu ?

Mme Émilienne Poumirol. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1071 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 489 rectifié *bis* est présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bascher, Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mmes Dumas, Lopez et Micouleau et MM. Milon et Sido.

L'amendement n° 684 rectifié *bis* est présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Sido et D. Laurent, Mmes Berthet et Belrhiti, M. Rapin, Mme Demas, M. Allizard, Mme Gruny, MM. Somon et Charon, Mmes Dumas et Micouleau, MM. Cambon, Bouchet, Burgoa et Klinger et Mme Dumont.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 19 et 20

1° Remplacer le mot :

départemental

par le mot :

national

2° Supprimer les mots :

du lieu de son siège social

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 498 rectifié *bis*.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Les médecins salariés exerçant pour le compte d'une société de téléconsultation ne sont pas tous inscrits au conseil départemental correspondant au siège social de la société de téléconsultation.

Par ailleurs, le périmètre d'action de ces sociétés n'est pas limité à un département.

Cet amendement vise donc à inscrire ces médecins au Conseil de l'ordre national des médecins.

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 684 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 169 rectifié est présenté par Mmes Morin-Desailly et Saint-Pé, M. Duffourg, Mme Billon, MM. Kern et Le Nay, Mme Férat, MM. Canévet, Détraigne, Janssens, P. Martin et Chauvet et Mme Jacquemet.

L'amendement n° 191 rectifié est présenté par M. Milon et Mme Gruny.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 20, première phrase

Remplacer les mots :

au conseil départemental de l'ordre des médecins

par les mots :

à l'agence régionale de santé

La parole est à Mme Annick Jacquemet, pour présenter l'amendement n° 169 rectifié.

Mme Annick Jacquemet. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 191 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est également défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est favorable aux amendements identiques n° 489 rectifié *bis* et 684 rectifié *bis* et défavorable aux amendements identiques n° 169 rectifié et 191 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Madame Jacquemet, l'amendement n° 169 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annick Jacquemet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 169 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 191 rectifié, madame Gruny ?

Mme Pascale Gruny. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 191 rectifié est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n° 489 rectifié *bis* et 684 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 168 rectifié est présenté par Mme Morin-Desailly, M. Duffourg, Mme Billon et MM. Kern, Le Nay, Canévet, Détraigne, Levi, Janssens, P. Martin et Chauvet.

L'amendement n° 190 rectifié est présenté par M. Milon et Mme Gruny.

L'amendement n° 262 rectifié *bis* est présenté par M. Chasseing, Mme Mélot, MM. Wattebled, Guerriau, Grand, Lagourgue, Decool, Menonville, A. Marc et Capus, Mme Paoli-Gagin, MM. Médevielle, Joyandet et Sautarel, Mme Dumont et MM. Bacci et Delcros.

L'amendement n° 655 rectifié est présenté par Mmes Schilling et Havet et MM. Haye, Iacovelli, Dagbert, Buis et Rambaud.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 19

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...°Soumettre les médecins salariés à un programme de formation médicale continue certifiant. Le contenu des programmes est soumis au respect du référentiel mentionné au 22° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

L'amendement n° 168 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 190 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 262 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Il est également défendu.

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 655 rectifié.

M. Xavier Iacovelli. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les médecins qui exerceront dans ces sociétés de téléconsultation ne dérogeront pas aux règles générales et seront soumis à une obligation de formation continue.

J'émet donc un avis défavorable sur ces trois amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je demande le retrait de ces trois amendements identiques ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Gruny, l'amendement n° 190 rectifié est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 190 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 262 rectifié *bis*, monsieur Chasseing ?

M. Daniel Chasseing. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 262 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Iacovelli, l'amendement n° 655 rectifié est-il maintenu ?

M. Xavier Iacovelli. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 655 rectifié est retiré.

L'amendement n° 76, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 20, dernière phrase

Après le mot :

ministres

insérer les mots :

chargés de la sécurité sociale et de la santé

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Rédactionnel !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 76.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 485 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bonhomme, Bonne, Bascher, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mmes Dumas, Lopez et Micouleau et MM. Milon, Savary et Sido, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 21 et 22

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 4081-4. – L'agrément et son renouvellement sont en outre soumis :

II. – Alinéa 23

Compléter cet alinéa par les mots :

et pour l'agrément à l'engagement de s'y soumettre dès sa publication

III. – Alinéas 24 et 25

Compléter ces alinéas par les mots :

et pour l'agrément à l'engagement de s'y soumettre

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Il y a urgence à légiférer dans le domaine de la téléconsultation commerciale, comme en attestent le rapport du Conseil national de l'ordre des médecins sur le mésusage de la télémédecine et la charte des bonnes pratiques de la Cnam.

Cet amendement vise à contraindre les sociétés concernées à se soumettre rapidement à un minimum d'obligations.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement me paraissant satisfait, j'en demande le retrait ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je partage la préoccupation d'encadrer dans les meilleurs délais l'activité de ces sociétés – c'est tout l'objet du présent article.

Pour autant, la réécriture de l'alinéa 21 que vous proposez conduirait à exclure des obligations prévues pour l'obtention de l'agrément des éléments relatifs à la structuration juridique de ces sociétés, à la prévention des conflits d'intérêts et au respect des conditions de sécurité des systèmes d'information.

Par ailleurs, la conformité au référentiel de la Haute Autorité de santé, dès sa parution, est inopérante. En effet, pour être en mesure d'analyser les pratiques de la société de consultation, la HAS doit se fonder sur une période d'exercice.

Enfin, le texte prévoit que le ministère, en cas de manquement avéré, peut à tout moment retirer son agrément à la société. Cette disposition permet de rendre applicables les différentes obligations dès la mise en place du premier agrément.

Pour l'ensemble de ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 485 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 485 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 192 rectifié est présenté par M. Milon et Mmes Lassarade et Gruny.

L'amendement n° 395 rectifié *bis* est présenté par Mme Estrosi Sassone, MM. Daubresse et Cambon, Mme Di Folco, M. Sautarel, Mme Thomas, MM. Chaize, Belin, Burgoa, Cardoux, J.B. Blanc, Bacci, Brisson, Panunzi et Cadec, Mme Puissat, MM. Lefèvre, D. Laurent et B.

Fournier, Mme L. Darcos, MM. Charon, Bouchet et J.P. Vogel, Mme Gosselin, M. Chatillon, Mmes M. Mercier et Dumont, MM. Bonnus, Perrin et Rietmann, Mme Canayer, MM. Genet et Sido, Mmes Belrhiti et Chauvin, MM. Frassa et Cuypers, Mmes Jacques et Dumas, M. C. Vial, Mmes Micouleau, Renaud-Garabedian et Bourrat, M. Gremillet, Mme Ventalon, M. Bansard, Mmes Raimond-Pavero et Borchio Fontimp, M. Klinger et Mme Demas.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 24

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les modalités d'association des parties prenantes et notamment des organisations représentatives du secteur à la définition des règles ayant un impact sur le cadre de la téléconsultation, sont définies par décret.

La parole est à Mme Pascale Gruny, pour présenter l'amendement n° 192 rectifié.

Mme Pascale Gruny. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Laurent Burgoa, pour présenter l'amendement n° 395 rectifié *bis*.

M. Laurent Burgoa. Défendu !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il convient, selon moi, de préserver le cadre très précis de la convention médicale et de ne pas le court-circuiter avec un nouveau format qui affaiblirait la négociation globale.

Je demande donc le retrait de ces deux amendements identiques ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Madame Gruny, l'amendement n° 192 rectifié est-il maintenu ?

Mme Pascale Gruny. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 192 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 395 rectifié *bis*, monsieur Burgoa ?

M. Laurent Burgoa. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 395 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 486 rectifié *bis* est présenté par Mme Delmont-Koropoulis, M. Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mmes Dumas, Lopez et Micouleau et MM. Milon, Savary et Sido.

L'amendement n° 683 rectifié *bis* est présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Sido et D. Laurent, Mme Berthet, M. Pointereau, Mmes Garnier, Belrhiti et Demas, MM. Charon et Somon, Mme Gruny, MM. Allizard et Rapin, Mmes Dumas, Micouleau et Muller-Bronn, MM. Cambon, Bouchet, Burgoa et Klinger et Mme Dumont.

L'amendement n° 1019 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Fialaire, Artano, Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 27

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...°Le I de l'article L. 1111-3-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant des sociétés de téléconsultation mentionnées au titre VIII du livre IV du code de la santé publique, l'information est délivrée par affichage sur les sites internet de communication au public. Elle est également transmise au patient en amont de la téléconsultation. » ;

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 486 rectifié *bis*.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Les sociétés de téléconsultation doivent être soumises *a minima* aux mêmes obligations que les professionnels de santé. Compte tenu des dérives qui ont pu être constatées, leur activité doit être encadrée par des dispositions législatives plus contraignantes.

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 683 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 1019 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Il est également défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est favorable à ces trois amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. L'obligation d'information s'impose d'ores et déjà aux sociétés de téléconsultation. Celles-ci doivent en effet respecter les droits à l'information et au consentement du patient.

Ces trois amendements identiques étant satisfaits, j'en demande le retrait ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 486 rectifié *bis*, 683 rectifié *bis* et 1019 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 77, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 47

Après la première occurrence du mot :

maladie

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer l'affectation de la recette des pénalités au sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 77.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28, modifié.

(L'article 28 est adopté.)

Après l'article 28

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 339 rectifié, présenté par Mme Lassarade, MM. Milon, Bonne, Burgoa, D. Laurent et Calvet, Mmes Thomas et Di Folco, M. Bouchet, Mmes Richer et Dumont, M. Charon, Mmes Puissat, L. Darcos et Delmont-Koropoulis, M. Rapin, Mme Jacques, MM. Babary et Gueret, Mme Dumas, M. Laménie, Mme Micoulean et MM. Belin et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6316-1-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 6316-1-...* – Pour être pris en charge par l'assurance maladie, les actes de téléconsultation doivent être réalisés selon l'appréciation du praticien suivant l'une des deux modalités ci-après :

« – En direct avec le patient depuis son domicile ;

« – Par le biais d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'une officine, d'une collectivité ou d'un établissement de soins pour mieux accompagner le patient lors de la consultation. »

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Pour être pris en charge, les actes de téléconsultation doivent être réalisés par un professionnel de santé, selon son appréciation du contexte clinique. Ils pourront être accompagnés par un professionnel de santé afin de permettre un meilleur encadrement de cette pratique, d'éviter les abus et de répondre aux attentes des patients.

Dans le cadre des parcours périopératoires, la consultation d'anesthésie préopératoire obligatoire peut être remplacée par une téléconsultation d'anesthésie entre le patient et le médecin anesthésiste-réanimateur exerçant au sein d'un établissement de santé, sans définition d'un volume d'activité maximal. Dans tous les cas, le patient sera examiné par l'anesthésiste en salle opératoire avant l'intervention.

M. le président. L'amendement n° 475 rectifié *bis*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, M. Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mmes Dumas, Lassarade, Lopez et Micoulean et MM. Milon, Savary et Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6316-1-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 6316-1-...* – I. – Pour être pris en charge par l'assurance maladie, les actes de téléconsultation peuvent être réalisés par le biais d'un cabinet médical mono ou multi-site, d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un établissement de santé, d'une officine ou d'une collectivité afin de garantir le meilleur encadrement de cette pratique.

« II. – Les conditions de mise en œuvre du I sont déterminées par décret.

« III. – Par dérogation au I, la liste des spécialités médicales pouvant réaliser des téléconsultations au domicile des patients est fixée par décret. »

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. La téléconsultation est un outil formidable pour les actes de médecine générale ne nécessitant pas une présence physique. Généraliser cette pratique à la médecine spécialisée constitue en revanche un réel danger pour les patients, surtout lorsqu'on transforme l'accès aux soins en un avantage marketing, comme dans les secteurs optique et dentaire.

Une grande chaîne commerciale optique présente sur toute la France a, par exemple, lancé récemment un service de télécabine dans ses magasins, avec comme objectif annoncé de remédier aux déserts médicaux.

Dans le meilleur des cas, il y a bien un ophtalmologue salarié d'une plateforme de téléconsultation de l'autre côté de la cabine. Il rédige l'ordonnance, mais il ne connaît pas le patient, à qui il ne pourra proposer aucun suivi. Quel est l'intérêt pour les patients les plus âgés, qui ont des problèmes de prise en charge de cataractes, de glaucomes ou de dégénérescences maculaires liées à l'âge (DMLA) ?

Dans les zones sous-dotées, les besoins ne se cantonnent pas aux lunettes. Cette offre à visée marketing risque de retarder l'application des vraies mesures et d'entraîner une perte de chance pour les patients atteints de problèmes graves.

Pis, certaines chaînes proposent une offre de prescription-vente dans les magasins et les supermarchés. Outrepassant ses prérogatives, l'opticien transfère les tests de vue qu'il réalise à un ophtalmologue « partenaire », qui lui renvoie une pseudo-ordonnance après une consultation asynchrone, c'est-à-dire sans visioconférence. Autrement dit, il n'y a aucune interaction entre le médecin et le patient.

En acceptant cette situation, nous nous faisons complices de la marchandisation d'une pseudo-médecine et de pratiques commerciales dangereuses et inutiles pour les patients.

Cet amendement vise donc à encadrer ces pratiques.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il faut bien évidemment encadrer l'implantation des cabines de téléconsultation et lutter contre les dérives que nous constatons.

Les télécabines n'ont pas leur place dans un supermarché, mais elles n'ont pas leur place non plus dans des lieux de santé, qui délivrent immédiatement des prescriptions réalisées à distance. Soyons donc vigilants !

L'article précédent prévient d'ailleurs les conflits d'intérêts entre prescripteurs et fabricants de médicaments ou de dispositifs médicaux.

Comme je l'ai indiqué lors des travaux de la commission, j'invite chacun à faire attention aux dispositions que nous pourrions introduire afin d'encadrer les téléconsultations.

L'adoption de l'amendement n° 75 de la commission, qui vise à conditionner la prise en charge des actes de téléconsultation à une autorisation d'implantation délivrée par l'agence régionale de santé, satisfait l'intention des auteurs de l'amendement n° 475 rectifié *bis* de manière plus opérationnelle.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Par ailleurs, j'é mets un avis défavorable sur l'amendement n° 339 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Avis défavorable aux amendements n° 339 rectifié et 475 rectifié *bis*.

M. René-Paul Savary. Sans plus d'explications ?

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour explication de vote.

Mme Florence Lassarade. Je souhaiterais une réponse du Gouvernement sur mon amendement, qui portait sur les anesthésistes.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. L'opportunité d'effectuer un acte en téléconsultation est appréciée par le médecin en fonction de l'état de santé d'un patient et de l'existence ou non d'un accompagnement.

En introduisant des contraintes limitatives, que celles-ci portent sur le lieu où la téléconsultation est réalisée ou sur le type d'accompagnement proposé, on risque d'empêcher la réalisation de téléconsultations de deuxième niveau avec un spécialiste en cabinet médical, mais également en centre de santé, par exemple pour des résidents en Ehpad ou en établissements médico-sociaux.

Je partage le souhait de régulation des lieux proposant des téléconsultations et d'encadrement des actes qui y sont prescrits. Toutefois, comme je l'ai souligné, ces questions relèvent du niveau réglementaire. Je souhaite d'ailleurs saisir la Haute Autorité de santé de ce sujet.

Dans cette attente, je suis défavorable à toute disposition qui tendrait à préciser ce cadre et risquerait, ce faisant, de nous bloquer par la suite.

M. René-Paul Savary. Merci, monsieur le ministre !

M. le président. Madame Lassarade, l'amendement n° 339 rectifié est-il maintenu ?

Mme Florence Lassarade. Après les explications de M. le ministre, je retire cet amendement sur les anesthésistes, dont nous avons en effet déjà parlé. Je précise toutefois qu'il ne concernait pas l'emplacement de la téléconsultation, mais qu'il visait uniquement à soulager la consultation d'anesthésie en limitant les actes.

M. le président. L'amendement n° 339 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 475 rectifié *bis*, madame Delmont-Koropoulis ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 475 rectifié *bis* est retiré.

Chapitre IV

RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 29 (Supprimé)

Après l'article 29

M. le président. L'amendement n° 797, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 29 (Supprimé)

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle est actualisée chaque année. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à reprendre la proposition n° 28 du rapport d'information relatif aux dispositifs médicaux, publié en mars 2019, sur l'initiative des députés Julien Borowczyk et Pierre Dharréville, en instaurant une actualisation annuelle de la liste en sus afin de réserver la prise en charge aux seuls dispositifs médicaux innovants.

Les travaux de l'Assemblée nationale ont mis en évidence des défaillances dans le fonctionnement de la liste en sus, c'est-à-dire la liste relative aux dispositifs médicaux innovants, pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Faute d'une actualisation régulière, certains dispositifs médicaux continuent d'être pris en charge par l'assurance maladie à des tarifs élevés d'exception, alors qu'ils sont devenus d'utilisation commune.

Cet amendement a donc pour objet de proposer une règle d'actualisation annuelle de la liste afin de réserver la prise en charge aux seuls dispositifs médicaux innovants.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La liste en sus peut être modifiée par arrêté. Les mises à jour peuvent être très fréquentes, bien supérieures à une par an, comme ce fut le cas en 2021. Cette souplesse est nécessaire pour prendre en compte, en temps utile, les innovations pharmaceutiques.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je partage la volonté de Mme Cohen d'assurer une gestion plus dynamique de cette liste. Toutefois, comme l'a souligné Mme la rapporteure, cela ne nécessite pas de modification législative.

Il incombe au service du ministère en charge de cette liste de veiller à dynamiser la gestion grâce à un travail annuel avec les parties prenantes, de manière à ce qu'elle soit réservée aux dispositifs offrant un apport thérapeutique, conformément à l'objectif initial défini lors de sa création. Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le ministre, à partir du moment où vous me garantissez qu'il y aura bien un examen dynamique de cette liste et que son objectif initial sera respecté, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 797 est retiré.

Article 30

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le III de l'article L. 162-16-5-2 est complété par un C ainsi rédigé :
- ③ « C. – Le 15 février de chaque année, l'entreprise titulaire des droits d'exploitation ou l'exploitant de la spécialité informe le Comité économique des produits de santé du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités vendues, pour chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente. » ;
- ④ 2° Après l'article L. 162-16-5-4, il est inséré un article L. 162-16-5-4-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 162-16-5-4-1. – Pour l'application des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2 et L. 162-16-5-4 du présent code et de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, en cas d'acquisition des spécialités pharmaceutiques concernées par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur une période donnée correspond au montant obtenu par la multiplication du prix auquel l'agence a acheté la spécialité par le nombre d'unités de la spécialité administrées ou dispensées par les établissements pendant la période concernée. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 162-16-6 est complété par un V ainsi rédigé :
- ⑦ « V. – A. – Lorsque le prix demandé par l'entreprise titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité, l'entreprise assurant son importation parallèle ou l'entreprise assurant sa distribution parallèle au titre de l'inscription sur l'une des listes, mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6, de traitement par des médicaments de thérapie innovante définis à l'article 2 du règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004 est supérieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le coût de ce traitement est fixé par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé selon les modalités prévues au I du présent article.
- ⑧ « B. – Le médicament mentionné au A du présent V est remboursé aux établissements de santé mentionnés au I dans les conditions prévues au III, sous réserve des adaptations suivantes :
- ⑨ « 1° Le tarif de responsabilité est fixé, selon les modalités prévues au I, de manière à ce que le montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- ⑩ « 2° Le prix limite de vente mentionné au I est égal au tarif de responsabilité.
- ⑪ « C. – Lorsque le montant du coût de traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, un ou plusieurs versements successifs sont réalisés annuellement pour le compte de l'assurance maladie, selon des modalités définies par décret, à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament.
- ⑫ « Le nombre, les montants, les conditions et les échéances de ces versements sont fixés par la convention et, le cas échéant, par la décision mentionnées au I et tiennent compte des données d'efficacité du médicament concerné, notamment celles mentionnées spécifiquement à cet effet dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.
- ⑬ « En cas d'échec du traitement pour un patient, notamment en cas de décès, ou en cas d'administration concomitante ou séquentielle d'un autre traitement à même visée thérapeutique, les versements cessent. Le montant du coût de traitement, déduction faite des remises conventionnelles versées, le cas échéant, en application de l'article L. 162-18 du présent code, ne peut alors être supérieur au coût net des traitements à même visée thérapeutique, au sens du même article L. 162-18, sur la période considérée.
- ⑭ « L'entreprise titulaire des droits d'exploitation, l'entreprise assurant l'importation parallèle ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical.
- ⑮ « Lorsque le montant du coût du traitement mentionné au A du présent V est supérieur au montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par leur tarif de responsabilité, la prise en charge du médicament par l'assurance maladie s'effectue, d'une part, par le remboursement de l'établissement de santé sur la base du tarif de responsabilité pour chaque unité de médicament selon les modalités prévues au B et, d'autre part, le cas échéant, par un ou plusieurs versements à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle du médicament selon les modalités prévues au présent C. » ;
- ⑯ 4° (*Supprimé*)
- ⑰ 5° À l'article L. 162-17-2, la référence : « L. 618 » est remplacée par la référence : « L. 5123-2 » ;
- ⑱ 6° (*Supprimé*)
- ⑲ 7° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- ⑳ a) Les trois premiers alinéas du II sont supprimés ;
- ㉑ b) Le deuxième alinéa du IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation à la deuxième phrase du présent alinéa, lorsqu'il s'agit d'un médicament de thérapie innovante mentionné au A du V de l'article L. 162-16-6, ce prix net de référence est calculé

en défalquant les remises mentionnées aux I et II du présent article, qui auraient été dues au titre du traitement pendant la période de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 et le cas échéant de l'article L. 162-16-5-2, de la somme du tarif de responsabilité mentionné au B du V de l'article L. 162-16-6 et des versements successifs mentionnés au C du même V qui auraient été réalisés au cours de cette même période en application de la convention ou le cas échéant de la décision, sans préjudice des versements prévus par cette convention ou décision qui devraient avoir lieu, le cas échéant, au-delà de ladite période. » ;

- 22 8° Après l'article L. 162-18-1, sont insérés des articles L. 162-18-2 et L. 162-18-3 ainsi rédigés :
- 23 « *Art. L. 162-18-2.* – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est, à la demande expresse de l'entreprise assurant son exploitation, son importation parallèle ou sa distribution parallèle, inscrite sur l'une des listes prévues aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel cette spécialité pharmaceutique présente un service médical rendu suffisant, l'entreprise verse des remises sur le chiffre d'affaires hors taxes, au titre de cette spécialité et de la période considérée. Ces remises sont dues jusqu'à ce que cette entreprise demande la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications concernées.
- 24 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises en appliquant au chiffre d'affaires défini au premier alinéa un taux, défini selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de la taille respective de chacune des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription n'a pas été demandée et de celles pour lesquelles la spécialité est inscrite, évaluées à cette fin par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ou, à défaut, selon un barème progressif, par tranche de chiffres d'affaires, défini par ce même arrêté.
- 25 « L'entreprise concernée reverse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.
- 26 « L'entreprise concernée informe le Comité économique des produits de santé, au plus tard le 15 février de chaque année, du chiffre d'affaires réalisé l'année civile précédente en France pour cette spécialité.
- 27 « *Art. L. 162-18-3.* – Lorsqu'une entreprise méconnaît la date d'échéance d'une déclaration ou d'une information prévue au I de l'article L. 162-16-5-1-1, au C du III de l'article L. 162-16-5-2, au I de l'article L. 162-18-1 ou au dernier alinéa de l'article L. 162-18-2 du présent code ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ou par une convention signée en application du I de l'article L. 162-18 du présent code, les remises dues par cette entreprise, en application des mêmes articles, au titre des spécialités et de la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut sont majorées de 2 % par semaine de retard.

- 28 « Un décret détermine les conditions d'application des majorations afin qu'une part minimale du chiffre d'affaires, correspondant aux spécialités et à la période pour lesquelles la déclaration ou l'information fait défaut, ne soit pas soumise à un reversement. » ;
- 29 9° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-16-6, ».
- 30 II. – L'article L. 5121-12 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 31 1° Au second alinéa du III, après la référence : « II », sont insérés les mots : « et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments » ;
- 32 2° La seconde phrase du premier alinéa du IV est complétée par les mots : « et qu'aucun avis favorable n'a été émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ».
- 33 III. – Au E du IV de l'article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2025 ».
- 34 III *bis (nouveau)*. – Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2023, un rapport évaluant l'intérêt, la faisabilité et les potentielles limites d'un dispositif de référencement périodique, en vue d'en proposer une disposition dans un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce rapport doit, notamment à la lumière des dispositifs existants à l'étranger et de leur bilan, mettre en avant l'impact qu'une telle mesure pourrait avoir sur les pénuries et les ruptures de médicaments et les éventuels effets attendus sur les prix. Ce rapport se concentre également sur le levier qu'un tel dispositif pourrait représenter pour favoriser le retour de la production de médicaments sur le territoire national.
- 35 IV. – Les entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle d'une spécialité pharmaceutique inscrite, à la date de promulgation de la présente loi, sur l'une des listes mentionnées aux articles L. 162-17, L. 162-22-7 ou L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale versent les remises prévues à l'article L. 162-18-2 du même code à compter du 1^{er} janvier 2024 si, à cette date, l'entreprise n'a pas demandé la prise en charge de cette spécialité pour l'ensemble des indications thérapeutiques mentionnées dans son autorisation de mise sur le marché et présentant un service médical suffisant.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, sur l'article.

Mme Émilienne Poumirol. Je tiens à dire le regret et l'incompréhension qui sont les nôtres face au rejet de nos amendements, déclarés irrecevables, alors qu'ils visaient à renforcer la démocratie sanitaire. Je m'associe aux propos du président Sueur à ce sujet.

Il semble que l'on ne puisse aborder ni la présence d'usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS), ni la sécurisation des stocks de médicaments, ni la transparence des prix du médicament lors de l'examen de ce texte.

Alors même que ce PLFSS, dans son ensemble, manque cruellement d'ambition, il n'y figure que très peu de mesures concernant le médicament. Or, pour répondre aux besoins de santé de la population française, l'accès aux médicaments est aussi important que l'accès aux soins.

Au cours des dernières années, des pénuries durables et répétées de médicaments essentiels ont mis en évidence la dépendance de la France, ainsi que sa fragilité sanitaire. Celles-ci concernent tous les médicaments, aussi bien les nouveaux que les anciens ou les génériques.

En effet, dans le but de réduire les coûts de fabrication des médicaments, leur production a été progressivement délocalisée hors de France et d'Europe. L'Agence européenne des médicaments rappelle que 40 % des médicaments commercialisés dans l'Union européenne proviennent de pays tiers et que 80 % des princeps sont fabriqués en Chine ou en Inde.

Cette désindustrialisation française et européenne et cette mondialisation du marché du médicament constituent les causes principales de ces pénuries, qui ont des répercussions sur la santé des patients, puisque ceux-ci voient diminuer les chances de guérison ou de stabilisation de leur maladie et chuter leur espérance de vie.

Il est donc indispensable de replacer le patient et sa maladie au centre de notre politique du médicament et d'appréhender le traitement médical, notamment médicamenteux, comme un enjeu de société, de sécurité publique et de souveraineté nationale.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. En mars 2021, une expérimentation clinique de cannabis thérapeutique a été lancée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans le but de tester ce traitement sur la sclérose en plaques, l'épilepsie, la cancérologie et les maladies neurologiques.

L'expérimentation a été un succès et a permis de montrer l'absence de tout trafic lié à la prescription. Cinq laboratoires ont fourni le cannabis, sans rupture de stock, dont un situé en Limousin, à savoir le laboratoire Centre Lab de Guéret – les sénateurs de la Creuse soutiennent mon intervention, mais je précise qu'il existe aussi une filière en Corrèze et notre collègue pourrait nous dire si c'est aussi le cas en Haute-Vienne.

Les laboratoires devaient fournir gratuitement, pendant deux ans, du cannabis thérapeutique aux malades. Ils l'ont fait en s'approvisionnant à l'étranger, qu'il s'agisse de cannabis en fleurs, en gélules ou en huile.

Monsieur le ministre, vous demandez la prorogation de l'expérimentation pour une année supplémentaire, dans les mêmes conditions. Or cela risque d'entraîner, pour les petits laboratoires, de grandes difficultés de financement. En effet, si aucune aide n'est accordée en 2023, seuls les gros laboratoires industriels pourront continuer de fournir du cannabis gratuitement pendant une troisième année.

Pourtant, sur le territoire du Limousin, il existe des initiatives sérieuses, adossées à Centre Lab, pour produire du cannabis.

Monsieur le ministre, ne cédon pas la place aux grands acteurs internationaux, alors qu'il est possible de développer le cannabis médical dans nos territoires. Les Australiens

s'installent déjà au Danemark. Trouvons donc une solution pour valoriser les petits laboratoires comme Centre Lab.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, sur l'article.

M. René-Paul Savary. Alain Milon a été obligé de s'absenter ; j'interviens donc à sa place sur l'article 30, qui concerne les médicaments et les thérapies innovantes.

Le développement de la thérapie génique se heurte à de nombreux obstacles en France, à tel point que certains ont renoncé au lancement de leur traitement et que d'autres en négocient le prix plus de dix-huit mois après l'évaluation de la HAS. Dans ces conditions, monsieur le ministre, où est l'attractivité de notre pays en matière de thérapies innovantes ?

L'environnement réglementaire complexe, encore en phase de rodage, est source de nombreuses incertitudes pour l'ensemble des acteurs. Le contrat de performance échelonné dans le temps, tel que le prévoit l'article 30, laisse en suspens des détails critiques qui pourraient ralentir l'accès des patients aux thérapies géniques.

La rédaction de cet article ajoute plus d'incertitudes qu'elle ne résout de difficultés. Quelle sera la place des associations de patients et de professionnels de santé dans la définition des critères d'évaluation ? Quel sera le cadre de collecte des données en vie réelle prévu dans les contrats ? Qu'advient-il si les données sont incomplètes ? Comment le CEPS pourra-t-il remplir cette nouvelle mission ?

Derrière ces questions, monsieur le ministre, transparaît un problème crucial sur la manière dont cette proposition a été intégrée dans le PLFSS. Ni les associations de patients, ni les professionnels de santé, ni les industriels concernés n'ont été consultés sur la permanence d'une telle mesure.

À titre personnel, à la suite de l'intervention de M. Chasseing sur le cannabis thérapeutique, je voudrais souligner un vrai problème : alors que nous disposons de laboratoires capables de garantir la fabrication des produits en toute sécurité, nous les importons ! Il faudrait nous expliquer pourquoi, d'autant que l'homéopathie n'est plus remboursée et que ce sont les mêmes qui sont susceptibles de prendre le relais...

M. le président. L'amendement n° 17 rectifié, présenté par MM. Lefèvre, Panunzi et Cadec, Mme M. Mercier, MM. Frassa et Reichardt, Mme Drexler, MM. Brisson et Burgoa, Mmes Dumont et Belrhiti, MM. Anglars, Bouchet, B. Fournier, E. Blanc et Paccaud, Mmes Gosselin et Noël, MM. Klinger, Perrin, Rietmann, Belin, Karoutchi, Segouin, Houpert et Genet, Mme Dumas, M. C. Vial, Mme Renaud-Garabedian et MM. Gremillet et Bansard, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Roger Karoutchi.

M. Roger Karoutchi. Cet amendement a pour objet de supprimer le dispositif d'appel d'offres pour les médicaments génériques proposé par le Gouvernement.

Le système présenté est en effet susceptible de ne réserver les droits de commercialisation d'un médicament qu'au seul laboratoire référencé ayant remporté l'appel d'offres et ainsi de restreindre, sur une période pouvant aller jusqu'à dix-huit mois, la prise en charge financière par l'assurance maladie à la seule marque de médicament autorisée sur le marché.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le référencement périodique mis en avant dans l'objet de cet amendement a été supprimé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur Karoutchi ; à défaut, elle y sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Le principe de référencement a été retiré à la suite des discussions avec les partenaires du secteur.

Je reviendrai plus tard sur le cannabis thérapeutique, mais je tiens à apporter une précision sur la thérapie génique. Je vous rejoins sur le fait que l'environnement est complexe en France ; l'un de mes objectifs est de le simplifier.

Toutefois, un seul laboratoire a quitté non seulement le territoire national, mais aussi l'Europe, à cause des règles non pas françaises, mais européennes.

En revanche, l'objet de la mesure sur les médicaments de thérapie innovante (MTI) est précisément d'accompagner ces laboratoires dans le cadre d'une prise de risque en matière d'innovation, dans un principe de respect de nos finances publiques qui pourrait se résumer dans la formule : « voir pour payer et non payer pour voir ».

M. le président. Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 17 rectifié est-il maintenu ?

M. Roger Karoutchi. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 17 rectifié est retiré.

L'amendement n° 918, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Santé publique France approvisionne les établissements de santé essentiellement en flux poussé et non en fonction de leurs besoins. Ces établissements n'ont donc pas la maîtrise des approvisionnements, ce qui engendre des stocks parfois importants de médicaments, d'équipements de protection individuelle et de dispositifs médicaux issus de la crise sanitaire qui n'ont ou n'ont eu aucune utilité. On le constate, par exemple, pour le dosage des médicaments, pour la présentation de dispositifs médicaux inadaptés ou encore pour les surplus de vaccins.

Les alinéas 4 et 5 de cet article prévoient de transférer à l'établissement la charge de démontrer l'usage qu'il a fait de ces produits de santé, non seulement en interne, mais également sur son territoire, pour définir un niveau de facturation, sans qu'il ait été consulté ou à l'origine de la dotation ou de son calcul.

Qui plus est, cette disposition reviendrait à faire peser sur les établissements supports, ayant accompli des missions logistiques territoriales, les coûts des établissements parties, des établissements médico-sociaux, du secteur ambulatoire et de l'ensemble des acteurs à qui ils dispensent ces thérapeu-

tiques, ainsi qu'à leur faire supporter les risques liés au stockage de produits de santé pour le compte de Santé publique France.

En conséquence, cet amendement vise à supprimer cette disposition trop lourde pour les établissements de santé et disproportionnée dans la répartition et des charges financières et des responsabilités.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer les alinéas 4 et 5, qui prévoient de rendre applicables aux médicaments acquis par Santé publique France les remises prévues dans le cadre des procédures d'accès dérogatoire, que ce soit l'accès précoce, compassionnel ou autre, en se basant sur le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé.

À cette fin, ces alinéas précisent ce qu'il faut entendre par « chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé ». Cette extension des remises me paraissant souhaitable, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Contrairement à vos inquiétudes, madame la sénatrice Poncet Monge, cette disposition n'a pas du tout pour objectif ou conséquence d'imposer aux établissements de santé de démontrer l'usage qu'ils font de ces médicaments. Il s'agit de garantir une équité de traitement pour l'ensemble des médicaments présumés innovants et pris en charge au titre des dispositifs d'accès anticipé.

L'objectif est donc d'appliquer les mêmes conditions de prise en charge à toutes les spécialités qui bénéficient de ce dispositif d'accès anticipé, quelles que soient les modalités d'acquisition par l'établissement – directement ou par l'intermédiaire de Santé publique France. Cette disposition ne donne lieu à aucun transfert de coût aux établissements. C'est pourquoi je suis également défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 918.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 193 rectifié, présenté par M. Milon et Mmes Lassarade et Gruny, est ainsi libellé :

Alinéa 9

1° Remplacer les mots :

À un

par le mot :

au

2° Après la seconde occurrence du mot :

fixé

insérer les mots :

pour cette pathologie

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. La catégorie des médicaments de thérapie innovante regroupe des médicaments aux profils variés, qu'il s'agisse de thérapies géniques, cellulaires ou tissulaires, et qui sont destinés au traitement de pathologies très différentes.

La fixation d'un forfait de thérapie innovante unique ne permettrait pas d'adapter ce modèle de financement aux particularités des pathologies concernées.

Le présent amendement a donc pour objet de fixer le tarif de responsabilité de manière à ce que le montant correspondant au nombre d'unités de médicaments multiplié par ce tarif soit inférieur à un forfait de thérapie innovante fixé pour la pathologie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le forfait de thérapie innovante ne correspond pas au prix que l'assurance maladie accepte de régler, mais seulement au montant maximal à décaisser pour les hôpitaux.

Lorsque le prix est supérieur au forfait, des règlements complémentaires sont réalisés par l'assurance maladie. Par conséquent, il ne paraît pas nécessaire de fixer un forfait spécifique pour chaque pathologie, car cela ne réglerait rien.

C'est pourquoi la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable,

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

Mme Florence Lassarade. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 193 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 798 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 1074 rectifié est présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ces conventions et décisions sont rendues publiques.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 798.

Mme Laurence Cohen. Le 28 mai 2019, l'OMS a voté une résolution non contraignante sur la transparence du marché des médicaments, qui encourage les États à révéler les prix payés par leur système de santé pour les médicaments.

En effet, au nom du secret industriel, il est impossible de savoir quelles sommes ont été investies pour la recherche, les essais cliniques ou la mise sur le marché. Cette opacité constitue une ressource pour les industriels, car il en résulte des prix très élevés, sans qu'il soit possible pour la représentation nationale ou la société civile de déterminer ce sur quoi ils se fondent.

De surcroît, les industriels pharmaceutiques assument de moins en moins l'étape la plus risquée et la plus fondamentale du développement du médicament, à savoir la recherche, cette dernière étant menée le plus souvent – vous le savez, mes chers collègues – par des établissements publics ou parapublics.

En outre, si les problématiques de prix d'accès aux médicaments étaient jusqu'alors un juste sort réservé aux pays du Sud, même les pays riches affrontent dorénavant ce genre de difficultés.

Le prix réel payé par notre sécurité sociale est « top secret » et nos voisins cultivent également la mise au secret, ce qui conduit les États à ne jamais avoir l'assurance d'avoir réellement obtenu l'accord tarifaire le plus avantageux, le tout dans une logique de concurrence entre les nations. Les industriels, seuls à connaître la réalité de l'ensemble des prix pratiqués, s'en frottent les mains.

L'adoption de cet amendement visant à organiser plus de transparence ne constitue pas seulement une mesure de bonne gestion des fonds publics, mais aussi une mesure de santé publique d'une impérieuse nécessité. Il y va de la pérennité de notre système de soins solidaire ainsi que du principe d'égalité d'accès aux soins pour toutes et tous.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1074 rectifié.

Mme Émilienne Poumirol. L'objet de cet article, tel que défini dans l'exposé des motifs, est « d'encadrer la décorrélation entre les prix faciaux et les prix nets des remises pour que cette possibilité ne donne pas lieu à une croissance non maîtrisée des prix ». Le groupe SER soutient la nécessité d'adéquation du prix des médicaments avec leur valeur ajoutée sur le plan clinique, notamment après évaluation des résultats en vie réelle.

En effet, les demandes tarifaires des entreprises pharmaceutiques pour leurs médicaments ne cessent de croître, allant parfois jusqu'à plusieurs centaines de milliers d'euros, voire au-delà du million d'euros pour certains médicaments, en particulier dans les thérapies géniques.

La négociation des prix avec le CEPS reste opaque et complexe, comme mes collègues l'ont rappelé. Aussi, cet amendement vise à favoriser la transparence sur les prix et les coûts des thérapies géniques, en rendant les conventions et les décisions publiques. Il s'agit d'organiser une gestion de la dépense publique éclairée, transparente et démocratique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les conventions visées fixeront notamment le montant, le nombre, les conditions et les échéances des versements dans le cadre du financement de thérapies innovantes.

La publicité de l'ensemble de ces données pourrait empêcher le CEPS de négocier efficacement les modalités de paiement de ces médicaments, raison pour laquelle la commission a émis un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Au-delà du périmètre visé, qui se limite aux médicaments de thérapie innovante, ces amendements vont à l'encontre du code de commerce et du secret des affaires, qui protège les données contenues dans les contrats.

Différentes dispositions ont déjà permis d'accroître cette transparence relative à la fixation des prix du médicament, comme la déclaration obligatoire par les entreprises des investissements publics de recherche et de développement perçus, prévue par le code de la sécurité sociale, ou encore la mise à disposition des montants de remise dans le rapport d'activité du CEPS.

Pour ces raisons, le Gouvernement est également défavorable à ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. J'ai du mal à entendre les arguments que vous utilisez pour rejeter nos amendements.

Monsieur le ministre, nous en avons déjà longuement discuté et je vous ai remis notre proposition de loi visant à créer un pôle public du médicament. Pour parler franchement, le Gouvernement se lie les mains : au nom du secret des affaires, aucune transparence n'est possible ! Cela ne peut que poser problème, non seulement pour nous, mes chers collègues, en tant que parlementaires, mais aussi pour l'ensemble des citoyens.

Monsieur le ministre, pardonnez-moi de vous le dire, mais vous n'avez aucune arme à opposer aux industriels. Vous n'avez rien !

Cette politique est durable : les gouvernements se succèdent depuis des années sans jamais en changer. Il ne faut donc pas s'étonner que la France n'ait aucune souveraineté quant à sa politique du médicament. Nous avons beau l'avoir constaté et expérimenté durant la crise du covid-19, les choses perdurent !

Pourtant, des expériences sont menées dans d'autres pays pour tenter de contrecarrer cette mainmise des industriels, qui font exploser leurs profits au bénéfice non pas du bien commun, mais de quelques actionnaires.

En France, c'est la même politique qui perdure et qui perdurera sans doute encore longtemps. Si une nouvelle crise survient, ce que je ne souhaite aucunement, les difficultés seront exacerbées. Mes chers collègues, il ne faudra pas alors pleurer !

Le Sénat publie des rapports intéressants, volumineux, riches en recommandations et transpartisans. Nous arrivons à tomber d'accord sur un certain nombre de conclusions, mais après, vous votez le contraire ! *(Mme Michelle Meunier applaudit.)*

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Il y a moins de deux jours, lors des questions d'actualité au Gouvernement, notre collègue Bruno Belin a posé la question de la souveraineté de la France en matière de médicament.

Mme Laurence Cohen. Il vote le contraire !

Mme Nathalie Goulet. Il a cité la liste de ceux qui manquaient aux Français, parmi lesquels certains sont très utilisés.

Monsieur le ministre, vous nous opposez le secret des affaires, mais les médicaments sont remboursés par la sécurité sociale ; en l'espèce, le secret des affaires concerne d'abord les contribuables ! *(Mmes Laurence Cohen, Michelle Meunier et Victoire Jasmin applaudissent.)*

Mme Éliane Assassi. Exactement !

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. L'argument que Mme Goulet vient de présenter est aussi le mien : monsieur le ministre, vous vous réfugiez derrière le droit du commerce, mais celui-ci s'applique surtout quand il s'agit de vendre des chemises ou des vêtements. Il est ici question de médicaments, qui sont remboursés par la sécurité sociale, grâce à l'argent public. Or chacun est en droit de savoir comment on utilise l'argent public !

Année après année, nous présentons des amendements, toujours refusés, sur la transparence des prix et sur la nécessité de faire siéger des usagers au sein du CEPS.

Hier au soir, un de nos collègues a défendu l'idée que la médecine libérale n'était pas si libérale que cela, puisque les consultations sont remboursées par la sécurité sociale. Le raisonnement vaut aussi pour les médicaments, qui ne sont pas une marchandise comme les autres, mais un bien qui nous appartient à tous.

Tous nos efforts pour développer la transparence, pour favoriser le retour de la fabrication des produits en France, grâce à la réindustrialisation, et pour rendre public le coût réel me paraissent importants. Il est un peu trop facile et simpliste de se réfugier derrière le code de commerce. *(Mmes Laurence Cohen et Michelle Meunier applaudissent.)*

Mme Monique Lubin. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. Je ne peux vous laisser dire que rien n'est fait, même si je comprends que vous soyez insuffisamment satisfaits et si je partage totalement votre souci de transparence.

Je précise que la déclaration des entreprises sur les investissements publics de recherche et de développement qu'elles ont perçus est un dispositif nouveau, qui existe depuis moins de deux ans. Elle fera l'objet d'un rapport qui sera remis au Parlement dans un mois.

La difficulté tient aussi et surtout à la nécessité de préserver un équilibre, non pas financier, mais qui permette le respect de l'innovation et la mise sur le marché français de ces produits. Je n'ose imaginer la France mener une politique unilatérale qui détournerait les entreprises de notre marché national, alors même que nous avons besoin de produire nos propres médicaments.

Nous continuons de progresser dans cette exigence de transparence. Je peux comprendre que vous trouviez que cela reste insatisfaisant. Mais comprenez aussi que, pour préserver un équilibre, nous ne pouvons pas prendre le risque de ne plus avoir de médicaments innovants sur le territoire français.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 798 et 1074 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 46 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	341
Pour l'adoption	105
Contre	236

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 1076 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Préville, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 13, première phrase

Après le mot :

décès

insérer les mots :

ou de rechute supposant de nouvelles lignes de traitements ou de nouveaux essais cliniques ou en cas de qualité de vie fortement dégradée

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Dans le cas des thérapies géniques ou des immunothérapies de type *CAR-T cells*, l'échec du traitement ne signifie pas forcément le décès du patient, mais peut aussi être dû à une rechute.

Le présent amendement vise donc à considérer les prises en charge après l'échec de médicaments de thérapie innovante, afin de ne pas payer de manière sous-optimale des traitements qui ne fonctionnent plus sur des patients donnés, mais pour lesquels l'équipe médicale propose d'autres options thérapeutiques.

De plus, les médicaments de thérapie innovante peuvent prolonger la vie, mais dans des conditions fortement dégradées, que ce soit par une efficacité insuffisante ou par des effets secondaires indésirables trop importants. Le présent amendement vise donc à intégrer la qualité de vie dans les critères permettant de mesurer l'efficacité et la sécurité du médicament, afin qu'elle soit prise en compte dans le prix et les paiements.

Cet amendement vise à rapprocher la mesure proposée de la pratique et de la réalité clinique et hospitalière.

Enfin, à ce sujet, je veux interpeller le Gouvernement sur la nécessité de soutenir publiquement la production des traitements *CAR-T cells* par les hôpitaux. En effet, alors que le prix de ces médicaments est très élevé – leur coût de production

est de 20 000 euros –, ils sont facturés 80 000 euros par des laboratoires privés, alors que certains hôpitaux ont la capacité de produire une telle immunothérapie. Nous devrions les y encourager et leur faciliter la tâche.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à étendre les causes de suspension de paiement des médicaments de thérapie innovante aux cas de rechute ou de dégradation de la qualité de vie.

Il faut veiller à ce que les conditions de règlement demeurent acceptables pour les entreprises commercialisant ces médicaments, afin de s'assurer que les patients puissent en bénéficier. C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Madame Poumirol, je vous l'accorde, la notion de décès ne peut pas être le seul critère. Toutefois, celle de rechute du patient est inopérante dans de nombreuses pathologies, car elle est difficile à évaluer.

En outre, notre proposition précise déjà que l'administration concomitante ou séquentielle d'un autre traitement à même visée thérapeutique doit traduire un échec du traitement par thérapie innovante, ce qui satisfait votre amendement.

Par ailleurs, rien n'empêche conventionnellement le CEPS et l'industriel de retenir d'autres critères non évoqués par la loi. Je fais pleinement confiance à la négociation conventionnelle avant mise sur le marché pour cela.

Pour toutes ces raisons, j'émet également un avis défavorable sur votre amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1076 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 897 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 916, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 17

Insérer huit alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 162-17-4-, il est inséré un article L. 162-17-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-4-... – I. – Dans le cadre d'une première demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code pour un médicament, dont l'amélioration de service médical rendu appréciée par la commission mentionnée à l'article L. 512-3-3 du même code dans son avis rendu sur la demande d'inscription est au moins d'un niveau fixé par décret, l'entreprise exploitant le médicament, l'entreprise assurant l'importation parallèle du médicament ou l'entreprise assurant la distribution parallèle du médicament s'engage à garantir l'approvisionnement des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 511-1-4 du code de la santé publique déjà inscrits sur les listes précédemment mentionnées qu'elle exploite, importe ou distribue.

« À cette fin, l'entreprise concernée conclut avec le comité économique des produits de santé une convention dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – En cas de manquement de l'entreprise aux obligations prévues dans la convention mentionnée au I, et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre de cette entreprise. La pénalité est reconductible chaque année, dans les mêmes conditions, en cas de persistance du manquement.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le médicament considéré. La pénalité est déterminée en fonction de la gravité du manquement constaté.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité.

« Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-3-7 du même code.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. L'industrie pharmaceutique, centrée sur la rentabilité, privilégie la production de nouveaux médicaments innovants au détriment de médicaments matures, dont la rentabilité fléchit. Concentrée sur la production de médicaments à forte marge, l'exploitation de médicaments matures, pourtant essentiels aux soins, est parfois abandonnée.

Dans le même ordre d'idées, la nouvelle formule du Levothyrox avait engendré 17 000 signalements d'effets indésirables et dix-neuf décès, selon le rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de janvier 2018. La plupart des patients ont été contraints de rechercher les anciens médicaments pour se soigner.

L'arrêt de la production d'un médicament mature aboutit également à des ruptures de soins et de couverture des besoins, voire à des surcoûts pour l'assurance maladie, contrainte de rechercher des solutions de substitution plus coûteuses.

Afin de prévenir ces problèmes et de garantir l'accès à des médicaments matures, cet amendement vise à maintenir l'approvisionnement en anciens produits par les entreprises au portefeuille mixte.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces dispositions, ont été supprimées à l'Assemblée nationale, car elles méritaient d'être retravaillées.

Lorsque je l'ai interrogé à ce sujet, le CEPS a souligné qu'une telle mesure pourrait pousser les entreprises à transférer préventivement leurs produits anciens, avant l'inscrip-

tion de leurs thérapies innovantes, afin de contourner cette contrainte. En conséquence, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Nous discutons de ce sujet avec les entreprises du médicament ; nous attendons leurs propositions dans le courant de l'année 2023.

Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 916.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 78 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 145 rectifié *bis* est présenté par Mme Devésa, MM. Henno et Vanlerenberghe, Mmes Guidez, Sollogoub et Jacquemet, MM. Janssens, Duffourg et les membres du groupe Union Centriste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 20

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 78.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 20 de l'article 30, à savoir l'extension des remises pouvant être unilatéralement décidées par le CEPS.

En ce qui concerne le médicament, le Comité n'utilise pas les remises unilatérales, qui nuisent au climat de négociation et reviennent sur le principe d'une régulation négociée avec le secteur.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 145 rectifié *bis*.

M. Olivier Henno. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. À l'instar de ce qui est déjà pratiqué pour le dispositif médical, cette mesure vise non pas à durcir, mais à assouplir les modalités de fixation tarifaire unilatérale au regard de la situation actuelle.

Les décisions unilatérales actuellement prises par le Comité économique des produits de santé imposent un prix à l'entreprise exploitant un médicament, sans possibilité de création de remises.

Vous le savez, dans un contexte de commercialisation internationale, l'affichage d'un prix facial est parfois nécessaire pour les industriels exploitant un médicament. La disposition législative proposée vise donc également à permettre, dans certains cas, d'accélérer la mise à disposition du médicament aux patients et de privilégier une décision collégiale des membres du Comité, dont la composition permet de représenter l'ensemble des intérêts.

En outre, le dispositif de remise unilatérale a été demandé par les industriels eux-mêmes, lors des récentes discussions relatives à l'expérimentation de l'accès direct.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 78 et 145 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 468 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, M. Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mme Dumas, M. B. Fournier, Mmes Lassarade et Lopez, MM. Savary et Sido, Mme Micou-leau et M. Milon, est ainsi libellé :

Alinéas 23 à 26

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement vise à supprimer, pour les produits inscrits au remboursement, les remises obligatoires, en cas de périmètre d'inscription plus restreint que leur autorisation de mise sur le marché (AMM), à la demande du laboratoire.

Cette mesure paraît inutile pour plusieurs raisons : d'abord, la situation la plus fréquente est celle de la restriction de l'indication par la Haute Autorité de santé ; ensuite, lors d'une demande d'inscription, la HAS se prononce sur l'intégralité de l'indication de l'AMM ; enfin, le code de la sécurité sociale permet déjà au ministre d'inscrire un médicament dans le périmètre recommandé par la Haute Autorité.

M. le président. Les amendements n^{os} 182, 180 et 183 ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Défavorable également, monsieur le président.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n^o 468 rectifié est retiré.

L'amendement n^o 79, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 34

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 30, qui réunit les mesures relatives au médicament, a été amendé par le Gouvernement. Ce dernier a supprimé le dispositif de référencement périodique initialement prévu pour lui substituer une demande de rapport ; nous en souhaitons la suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 79.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(L'article 30 est adopté.)

Après l'article 30

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 912 rectifié, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais et de patients inclus dans ces essais, les lieux, les crédits d'impôt, les bourses et autres financements publics dont les industriels ont bénéficié en lien avec ces activités de recherche et de développement, les éventuels achats de brevets liés au produit de santé, le coût d'opérations d'acquisition ou de spéculation éventuellement liées à l'acquisition de brevets, les coûts de production du produit de santé, ainsi que les coûts de commercialisation et de promotion engagés par les entreprises. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. En France, le Comité économique des produits de santé est chargé de négocier le prix des médicaments avec les industriels. Or les connaissances du Comité sont insuffisantes pour prendre une décision rationnelle en la matière.

Il lui manque en effet des éléments d'information indispensables concernant le coût réel de production, le taux d'investissement en recherche et développement de l'industriel concerné et surtout le montant des subventions publiques reçues par l'entreprise pour le développement du produit.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), dès qu'un médicament est déremboursé, son prix augmente de 39 % en moyenne.

En 2017, l'OCDE s'inquiétait déjà de la hausse générale du prix du médicament, notamment dans le cadre du lancement de médicaments visant à traiter le cancer et les maladies rares sans qu'une hausse des bénéfices pour la santé des patients ne soit observée.

Selon l'OCDE, un rééquilibrage s'impose entre les organismes publics payeurs et les industriels. Or cela passe nécessairement par une plus grande transparence ; à défaut, les pouvoirs publics manquent de moyens pour évaluer la légitimité du prix demandé par l'industriel et souffrent d'un rapport de force défavorable.

Cet amendement vise à renforcer la transparence s'agissant de l'ensemble des informations transmises par l'entreprise pharmaceutique au Comité, notamment en intégrant les montants consacrés au financement d'opérations de

recherche, ainsi que les crédits d'impôt accordés par l'État, liés au développement du produit de santé, dans la liste des critères de fixation des prix des médicaments.

M. le président. L'amendement n° 799, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, après la première occurrence du mot : « médicament », sont insérés les mots : « , des investissements publics en recherche et développement biomédicale, ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Les industriels du médicament bénéficient chaque année de 600 millions d'euros de crédit d'impôt recherche, de crédits d'impôt d'innovation, d'aides au dépôt de brevet, de financements publics directs à la recherche fondamentale et aux essais cliniques et d'aides européennes.

Chaque année, le groupe communiste républicain citoyen et écologiste dépose cet amendement – en cela, nous faisons preuve d'une certaine constance et opiniâtreté –, qui répond également à une demande formulée par des acteurs de la prévention et de la santé, tels que Action santé mondiale, Aides, Médecins du Monde et Universités alliées pour les médicaments essentiels (UAEM).

Je vous demande donc, mes chers collègues, de soutenir nos amendements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement n° 912 rectifié vise à préciser que le prix de vente des médicaments, fixé par convention entre l'exploitant et le CEPS, tient compte des montants investis dans la recherche ou des financements publics reçus.

L'amendement n° 799 concerne uniquement la prise en compte des investissements publics en recherche et en développement biomédical.

Dans la négociation du prix, les entreprises prennent déjà en compte les coûts de développement du médicament et le chiffre d'affaires attendu en contrepartie. Les dispositions actuelles prévoient que le prix doit être fixé principalement en fonction de l'amélioration du service médical rendu, des résultats de l'évaluation médico-économique et des prix des autres médicaments à visée thérapeutique, ainsi que des volumes de ventes prévus.

Il semble préférable de conserver en l'état ces dispositions, qui permettent au CEPS de maîtriser la dépense d'assurance maladie et de tenir compte de l'intérêt thérapeutique des médicaments.

En outre, le CEPS n'est pas ignorant des financements publics reçus par le laboratoire pharmaceutique : la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu que les entreprises mettent à la disposition du Comité le montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour l'élaboration des médicaments.

Un décret du 15 octobre 2021 applique cette disposition en précisant les modalités de transmission de ces données par les entreprises au CEPS avant le 31 janvier de chaque année.

Pour ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 912 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 799.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1083 rectifié, présenté par Mme Poumirol, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Meunier et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigalas et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévillé, MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinaz, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il doit être pris en compte par ledit comité lors de la fixation du prix de vente mentionné aux mêmes alinéas. »

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Il a été excellemment défendu.

Nous ferons preuve de la même ténacité que nos collègues et présenterons chaque année cet amendement tant que nous n'obtiendrons pas gain de cause.

Certes, le décret du 15 octobre 2021 permet de connaître le montant des investissements publics reçus, mais uniquement de façon globale, pas médicament par médicament. Or des associations ont pu retracer l'historique des financements de chaque médicament ; si elles en ont été capables, le CEPS devrait également l'être.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1083 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 761 rectifié *bis*, présenté par Mmes Devésa et Dindar, MM. Levi et Henno, Mme Guidez, MM. Kern, Hingray, Janssens et Duffourg et Mme de La Provôté, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 3° du B du II de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Cet amendement vise à supprimer les conditions pour les majorations de remises.

Les médicaments pris en charge au titre de l'accès précoce ne peuvent être assujettis à une majoration des remises au seul motif qu'existent d'autres spécialités remboursées disponibles ne répondant pas aux besoins identifiés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le maintien de cette majoration semble souhaitable : avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Les autorisations d'accès précoce permettent un accès rapide et dérogatoire aux médicaments présumés innovants, sur décision de la Haute Autorité de santé.

Elles conduisent à une prise en charge directe, sans négociation, au prix librement choisi par l'industriel. Toutefois, en contrepartie, des remises annuelles sont versées. Ce système a été mis en place de façon consensuelle avec les entreprises du secteur.

En outre, ces mécanismes de majoration ont été mis en place afin d'accélérer la négociation de droit commun. C'est normalement le cas lorsqu'un autre médicament est identifié comme un comparateur par la Haute Autorité de santé.

En effet, la présence de comparateurs, généralement disponibles à des tarifs plus faibles que le prix fixé librement, rend la négociation plus complexe pour un produit déjà présent sur le marché à prix libre.

En outre, je rappelle qu'il s'agit d'une avance de trésorerie et non d'une taxe, comme vous semblez l'indiquer.

Cette majoration de remises entre dans le calcul de remise ou de restitution finale lors du passage dans le droit commun. Au regard du prix négocié, l'entreprise n'est donc aucunement lésée.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 761 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1114, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le IV de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « En outre, pour l'application du B du III, l'année au cours de laquelle l'inscription au rembourse-

ment de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé. »

La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. Il s'agit d'un amendement de clarification et de cohérence rédactionnelle.

Il vise à préciser l'année retenue pour l'appel des remises de débouclage de l'accès précoce en cas de non-inscription au remboursement du médicament. Ce ne peut être la même année que celle de l'inscription, comme la loi le précise actuellement. Il est cohérent de viser celle de la fixation du prix de référence.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est favorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1114.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30.

L'amendement n° 482 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bascher, Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mme Dumas, M. B. Fournier, Mmes Lassarade, Lopez et Micouleau et MM. Milon et Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-17-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-1-... – Toute décision de suspension temporaire de prise en charge d'une spécialité faisant l'objet d'une inscription sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, à l'initiative des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, dans le cadre d'une procédure autre que celle prévue au 1° de l'article 161-37, est rendue sur avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de la Haute Autorité de santé. »

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Le PLFSS pour 2023 prévoyait, dans sa version initiale, la mise en œuvre d'un mécanisme d'appel d'offres pour les médicaments délivrés en officine de ville *via* un référencement périodique des spécialités remboursables pour une durée d'un an, prolongeable de six mois. L'Assemblée nationale a substitué à ce dispositif une demande de rapport de faisabilité.

Cet amendement vise à prévoir que toute suspension temporaire de prise en charge d'un médicament inscrit sur la liste des produits délivrés en officines de ville est rendue sur avis de l'ANSM et de la Haute Autorité de santé (HAS).

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement a pour objet de répondre à l'article 30, dans sa rédaction initiale, qui prévoyait un référencement périodique des spécialités remboursables. Ces dispositions ayant été finalement supprimées par le Gouvernement dans la version du projet de loi de financement transmise au Sénat, il n'est pas nécessaire de prévoir cette obligation procédurale.

La commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 482 rectifié est retiré.

L'amendement n° 919, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « avant le 15 septembre de l'année suivante celle à laquelle il se rapporte ».

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le rapport d'activité annuel du Comité économique des produits de santé comporte des informations précieuses sur les dépenses de médicaments et autres produits ou sur les prestations de santé incluses dans l'Ondam.

Il importe de communiquer ce rapport au Parlement avant l'examen du PLFSS, à savoir avant le 15 septembre de chaque année, et non une fois les débats achevés. Le rapport d'activité pour 2020 avait ainsi été publié le 6 décembre 2021 et celui pour 2019 l'avait été le 28 septembre 2020. Il faut remédier à cette situation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La transmission des rapports d'activité se fait aujourd'hui à une date incertaine. Ils contiennent pourtant des éléments précieux qui pourraient participer à la bonne information du Parlement, préalablement à l'examen annuel du PLFSS.

La commission est favorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Ce rapport est riche d'informations utiles ; en prévoir la publication le plus tôt possible est un objectif à atteindre.

Cependant, force est de constater que l'ensemble des données n'est pas disponible dans un délai compatible avec la date proposée, en particulier en raison de déclarations tardives des chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques : alors qu'elles doivent transmettre ces informations avant le 1^{er} avril au plus tard, certaines ne l'ont toujours pas fait...

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Il faut les réveiller !

M. François Braun, ministre. Travailler au renforcement de la fiabilisation de la procédure de déclaration est une priorité. Nous avons d'ailleurs proposé des mesures en ce sens à l'article 9 *bis*.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 919.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30.

L'amendement n° 985, présenté par M. Salmon, Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et M. Parigi, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les missions des prestataires de services et des distributeurs de matériels au titre de la coordination des soins ne peuvent pas donner lieu à facturation aux régimes obligatoires d'assurance maladie. »

La parole est à M. Daniel Salmon.

M. Daniel Salmon. La lutte contre les conflits d'intérêts dans le domaine de la santé demeure un enjeu important pour les citoyens et les malades.

Les industriels des secteurs du médicament et des dispositifs médicaux et les prestataires de services en santé peuvent être titulaires d'une autorisation d'activité de soins, ce qui pose de nombreux problèmes.

De longue date, ces prestataires facturent aux organismes d'assurance maladie des prestations de coordination de soins, plus particulièrement à l'occasion de prises en charge de patients hospitalisés à leur domicile.

Or le code de la santé publique dispose que seuls les établissements d'hospitalisation à domicile ont pour mission d'assurer des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés au domicile du malade.

Malgré cela, depuis plusieurs années, sur l'ensemble du territoire, les caisses primaires d'assurance maladie ont multiplié les notifications d'indus à l'endroit des établissements d'hospitalisation à domicile, en raison de la double facturation qu'elles subissent dès lors qu'un prestataire facture une mission de coordination de soins à un patient pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD).

Dans les années 2000, l'ouverture des secteurs de l'oxygène ou de la nutrition par l'assurance maladie au secteur lucratif a permis à des industriels du médicament et des dispositifs médicaux de développer une activité de soins, ce qui a entraîné un doublement des coûts sans aucune plus-value pour les malades, soit l'inverse des objectifs initialement fixés.

Cet amendement tend donc à préciser que la coordination des soins, déjà réglementairement dévolue aux établissements de HAD, est exclue des missions des prestataires de services et des distributeurs de matériel médical.

J'ajoute que cette proposition répond à la mesure n° 11 du Ségur de la santé visant à une meilleure prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins et des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La réglementation ne confie pas aux prestataires de services et aux distributeurs de matériel médical des missions de coordination des autres acteurs, mais leur permet seulement d'y participer.

Toutefois, l'adoption de cet amendement emporterait un risque trop important de déremboursement des prestations nécessaires participant à cette coordination, aujourd'hui comprises dans la liste des produits et des prestations remboursables.

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) préconisait plutôt de réformer le financement des prestataires et de clarifier leur rôle en consolidant le droit et les pratiques concernant les sorties d'hospitalisation et la coordination ville-hôpital.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Même avis, monsieur le président

Toutefois, je précise avoir demandé à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) de travailler sur ces sujets.

M. le président. La parole est à M. Daniel Salmon, pour explication de vote.

M. Daniel Salmon. Il s'agit précisément d'un cas de conflit d'intérêts : un prestataire fournit du matériel et assure ensuite des soins avec remboursement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°985.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 30 bis (nouveau)

- ① Le deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est ainsi rédigée : « Les médicaments inscrits sur la liste prévue au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par l'assurance maladie, lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée, que s'ils figurent sur une liste établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ③ 2° À la deuxième phrase, après le mot : « Cette », il est inséré le mot : « dernière ». – *(Adopté.)*

Article 30 ter (nouveau)

Au I de l'article 43 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ». – *(Adopté.)*

Article 31

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, les mots : « et 2° de l'article L. 160-8 et aux 2°, 3° et 8° » sont remplacés par les mots : « , 2° et 8° de l'article L. 160-8 et aux 2° et 3° » ;
- ③ 1° bis (nouveau) À la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 161-38, les mots : « prévu à l'article L. 165-5 » sont remplacés par les mots : « correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste » ;
- ④ 2° Le premier alinéa du VII de l'article L. 162-16 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « et dispositifs médicaux » ;

- ⑥ b) Après le mot : « application », sont insérés les mots : « du premier alinéa » ;
- ⑦ c) Les mots : « d'une seule boîte par ligne d'ordonnance » sont remplacés par les mots : « d'un mois » ;
- ⑧ 2° bis (nouveau) À la première phrase du 2° du II de l'article L. 162-16-4-3, le mot : « dernier » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑨ 3° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-1-2 est ainsi modifié :
- ⑩ a) À la première phrase, les mots : « peut être subordonnée » sont remplacés par les mots : « ainsi que la prise en charge au titre de la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-1-7 d'actes dont la pratique fait l'objet d'un encadrement spécifique en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique peuvent être subordonnées » et, après le mot : « lesquelles », sont insérés les mots : « l'acte, » ;
- ⑪ b) À la seconde phrase, après le mot : « précise », sont insérés les mots : « les actes, » ;
- ⑫ 4° La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-38 est supprimée ;
- ⑬ 5° L'article L. 162-56 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « lorsqu'ils existent » sont remplacés par les mots : « le cas échéant » ;
- ⑮ b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « peuvent transmettre » sont remplacés par les mots : « et l'exploitant du dispositif médical numérique de télésurveillance transmettent » et les mots : « l'accord » sont remplacés par les mots : « le consentement » ;
- ⑯ 6° Le premier alinéa de l'article L. 165-1 est ainsi modifié :
- ⑰ a) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'avis porte de manière distincte sur le produit et, s'il y a lieu, sur la prestation de service et d'adaptation associée. » ;
- ⑱ b) À la deuxième phrase, après le mot : « produit », sont insérés les mots : « ou de la prestation » et sont ajoutés les mots : « du produit concerné » ;
- ⑲ c) Après la même deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « L'inscription d'une prestation de service et d'adaptation associée à un produit se fait de manière distincte de l'inscription de ce produit. » ;
- ⑳ 7° L'article L. 165-1-1-1 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ㉒ b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ㉓ c) Sont ajoutés six alinéas ainsi rédigés :
- ㉔ « L'exploitant est également tenu de déclarer auprès des mêmes ministres le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur.
- ㉕ « III. – Lorsque la déclaration de prix d'achat mentionnée au second alinéa du II n'a pas été effectuée dans les délais et formes précisés par voie réglementaire ou lorsqu'elle se révèle manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

- peuvent prononcer, après que l'exploitant concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge de l'exploitant.
- 26 « Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné. Il ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisées en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos.
- 27 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- 28 « Les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont habilités à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'ils effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les exploitants et les fournisseurs en application du second alinéa du II du présent article. Ces éléments de contrôle sont transmis aux ministres compétents.
- 29 « Les modalités d'application du présent III sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 30 8° L'article L. 165-1-2 est abrogé ;
- 31 9° L'article L. 165-1-5 est ainsi modifié :
- 32 a) Après la troisième phrase du I, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Cet avis décrit, le cas échéant, les actes associés à l'utilisation du produit faisant l'objet de la demande. » ;
- 33 b) Le II *bis* est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- 34 « La prise en charge transitoire est subordonnée au respect, par l'exploitant, d'un protocole de recueil des données défini par la commission mentionnée au I du présent article et annexé à l'arrêté mentionné au même I.
- 35 « Les données à recueillir portent sur l'efficacité, les événements indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du produit.
- 36 « L'exploitant assure à sa charge le recueil des données. Les prescripteurs lui transmettent à cette fin les données de suivi des patients traités, selon des modalités assurant le respect du secret médical. » ;
- 37 c) Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- 38 « VI. – Lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de la prise en charge transitoire pour une indication donnée au titre du I du présent article est liée à un acte qui n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, par dérogation au même article L. 162-1-7, procéder à l'inscription transitoire de cet acte sur la liste.
- 39 « L'inscription transitoire prévue au premier alinéa du présent VI est prononcée par un arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour toute la période de prise en charge au titre du I et, le cas échéant, du III, ainsi que durant la période de continuité de traitement prévue à l'article L. 165-1-6. Cet arrêté prévoit le montant de la compensation financière versée pour la réalisation de cet acte.
- 40 « Lorsque le produit ayant fait l'objet de la prise en charge transitoire est inscrit au remboursement au titre de la liste prévue à l'article L. 165-1, l'inscription transitoire de l'acte associé est prolongée jusqu'à l'inscription de cet acte dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7.
- 41 « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent VI, notamment les situations et les conditions dans lesquelles les ministres compétents peuvent suspendre l'inscription transitoire de l'acte concerné ou y mettre fin. » ;
- 42 10° L'article L. 165-2 est ainsi modifié :
- 43 a) Le I est ainsi modifié :
- 44 – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 45 « I. – Les tarifs de responsabilité de chacun des produits mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément au I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, par décision du comité. » ;
- 46 – au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « des » ;
- 47 – il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 48 « Ce tarif comprend les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur. » ;
- 49 b) Le II est ainsi modifié :
- 50 – au 1°, le mot : « associée » est supprimé ;
- 51 – aux 2° et 3°, après la première occurrence du mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;
- 52 11° L'article L. 165-3 est ainsi modifié :
- 53 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 54 – à la première phrase, après le mot : « et », il est inséré le mot : « des » ;
- 55 – le début de la seconde phrase est ainsi rédigé : « Lorsque le produit est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre l'exploitant du produit concerné et le Comité économique des produits de santé conformément au I de l'article L. 165-4-1 ou, à défaut, ... (*le reste sans changement*). » ;
- 56 b) Au deuxième alinéa, après la première occurrence du mot : « ou », il est inséré le mot : « les » ;
- 57 c) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- 58 « Les prix comprennent les marges prévues, le cas échéant, par la décision mentionnée à l'article L. 165-3-4 ainsi que les taxes en vigueur.
- 59 « L'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1 peut, le cas échéant, préciser le cadre applicable aux conventions mentionnées au premier alinéa du présent article. » ;
- 60 12° Après l'article L. 165-3-3, il est inséré un article L. 165-3-4 ainsi rédigé :
- 61 « Art. L. 165-3-4. – I. – Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent les marges de distribution des produits inscrits sur la

liste mentionnée à l'article L. 165-1, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées.

62 « II. – Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce, consentis par tout fournisseur de distributeurs au détail en produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code ne peuvent excéder, par année civile et par ligne de produits, pour chaque distributeur au détail, un pourcentage du prix hors taxes de l'exploitant de ces produits. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget, dans la limite de 50 % du prix hors taxes du fabricant.

63 « Pour l'application du plafond fixé au premier alinéa du présent II, il n'est pas tenu compte du montant de la marge prévue au I que le fournisseur rétrocède le cas échéant au distributeur au détail.

64 « III. – Le titre V du livre IV du code de commerce est applicable aux infractions à ces décisions. » ;

65 13° L'article L. 165-4 est complété par un VI ainsi rédigé :

66 « VI. – Le cadre des conventions mentionnées au présent article peut être, le cas échéant, précisé par l'accord mentionné au II de l'article L. 165-4-1. » ;

67 14° L'article L. 165-4-1 est ainsi modifié :

68 a) Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :

69 « I. – En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure des conventions, relatives à un ou plusieurs produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, avec les entreprises qui les exploitent ou les distribuent ou, en cas d'inscription générique, avec les organisations regroupant ces entreprises mentionnées aux I et II de l'article L. 165-3-3. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 et, selon une procédure établie par la Haute Autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Dans le cas d'une convention conclue avec des organisations, les signataires s'engagent à promouvoir le recours à la procédure de certification auprès des entreprises qu'ils représentent ou regroupent.

70 « Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque signataire, notamment :

71 « 1° Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 165-1-5 et L. 165-4 ;

72 « 2° Les modalités de participation des signataires à la mise en œuvre des orientations ministérielles précitées ;

73 « 3° Les conditions et les modalités de mise en œuvre par les fabricants ou distributeurs d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

74 « 4° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3° du présent I.

75 « Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de produits et prestations n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité peut demander aux signataires concernés de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses stipulations. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces produits et prestations par décision prise en application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4. Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4.

76 « Les modalités d'application du présent I, notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;

77 b) Le I devient un II et est ainsi modifié :

78 – au premier alinéa, après le mot : « mentionnées », sont insérés les mots : « au I du présent article ainsi qu' » ;

79 – au deuxième alinéa, les mots : « de l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « du I du présent article » ;

80 c) Le II devient un III et est ainsi modifié :

81 – au premier alinéa, les mots : « 2° du I » sont remplacés par les mots : « 3° du I et du 2° du II » ;

82 – au dernier alinéa, la référence : « II » est remplacée par la référence : « III » ;

83 d) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

84 « IV. – Sans préjudice des pénalités susceptibles d'être infligées, en application du III, à l'exploitant ou au distributeur au détail, lorsque la convention signée avec un exploitant ou un distributeur au détail prévoit la réalisation d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste prévue à l'article L. 165-1, l'absence de transmission des résultats de ces études dans les délais impartis par la convention fait obstacle à la poursuite de la prise en charge du produit ou de la prestation, sauf versement de remises par l'exploitant ou le distributeur au détail, à partir de la date à laquelle les résultats des études auraient dû être communiqués et tant que l'exploitant ou le distributeur au détail ne les a pas transmis.

85 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie pour le produit ou la prestation sur la période considérée un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objet des études à réaliser.

86 « L'entreprise concernée verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

87 15° Après l'article L. 165-4-1, il est inséré un article L. 165-4-2 ainsi rédigé :

- 88 « *Art. L. 165-4-2.* – Lorsqu'un dispositif médical est, à la demande expresse de l'exploitant, inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour un périmètre d'indications plus restreint que celui dans lequel ce dispositif présente un service attendu suffisant, l'exploitant verse des remises. Ces remises sont dues jusqu'à l'inscription du dispositif pour l'ensemble des indications concernées.
- 89 « Le Comité économique des produits de santé détermine le montant des remises dues en appliquant au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période en cause un taux, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction des tailles respectives des populations cibles des indications pour lesquelles l'inscription présente un service attendu suffisant et de celles pour lesquelles le dispositif est inscrit ou, à défaut, selon un barème progressif par tranche de montant remboursé défini par le même arrêté. À cette fin, l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 165-1 sur la demande d'inscription de l'exploitant comporte une évaluation des tailles respectives des populations cibles en cause pour chaque dispositif concerné.
- 90 « L'exploitant concerné verse ces remises aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;
- 91 16° L'article L. 165-5 est abrogé ;
- 92 17° Après l'article L. 165-5-1, il est inséré un article L. 165-5-1-1 ainsi rédigé :
- 93 « *Art. L. 165-5-1-1.* – I. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut à tout moment procéder, le cas échéant en associant des caisses primaires d'assurance maladie, ou faire procéder sous son autorité, par des organismes compétents désignés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au contrôle du respect des spécifications techniques auxquelles l'inscription sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 est subordonnée.
- 94 « Les organismes locaux d'assurance maladie signalent à la Caisse nationale de l'assurance maladie tout manquement au respect de ces spécifications techniques dont ils ont connaissance.
- 95 « II. – Lorsqu'il constate qu'une spécification technique n'est pas respectée, après avoir mis l'exploitant du produit concerné en mesure de présenter ses observations, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie en informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres informent la caisse de toute mesure prise à la suite de cette transmission.
- 96 « III. – Lorsque le manquement constaté a entraîné un remboursement indu par l'assurance maladie, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie met l'exploitant en demeure de rembourser la somme correspondant au montant remboursé à tort.
- 97 « En cas de non-exécution de la mise en demeure dans le délai imparti par celle-ci, la caisse est subrogée dans les droits des organismes lésés et son directeur général assure la récupération des sommes en cause en exerçant, le cas échéant, les pouvoirs conférés aux organismes locaux par la première phrase du dernier alinéa du III de l'article L. 133-4.
- 98 « IV. – Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie peut prononcer à l'encontre de l'exploitant, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière, dans la limite de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.
- 99 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- 100 « V. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. » ;
- 101 18° L'article L. 165-7 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 102 « Les produits qui bénéficient de la prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 et dont l'utilisation a lieu au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6, sur la base du montant de la facture et dans la limite de la compensation mentionnée au II de l'article L. 165-1-5. »
- 103 II. – Le I de l'article 1635 *bis* AH du code général des impôts est ainsi modifié :
- 104 1° Après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « , de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription » ;
- 105 2° Sont ajoutés les mots : « ou d'une activité de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du même code ».
- 106 III. – Les 4°, 6° et 10°, le 11°, à l'exception de son dernier alinéa, et le 12° du I du présent article entrent en vigueur dans des conditions et à des dates fixées par décret, et au plus tard le 31 décembre 2025, en fonction des catégories de produits ou prestations concernées.
- 107 IV. – Le douzième alinéa du V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :
- 108 1° Après le mot : « réserve », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « de la transmission aux ministres compétents et à la Haute Autorité de santé d'un engagement à déposer une demande d'inscription de ces produits ou prestations en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, au plus tard le 31 janvier 2023. » ;
- 109 2° À la fin de la seconde phrase, la date : « 31 décembre 2022 » est remplacée par la date : « 30 juin 2023 ».
- 110 V. – Au dernier alinéa du VII de l'article 36 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « juillet ».

M. le président. La parole est à Mme Annick Jacquemet, sur l'article.

Mme Annick Jacquemet. Ma collègue Annick Billon et moi-même aimerions attirer votre attention sur l'épidémie galopante de myopie en France.

Cette épidémie, qui s'explique notamment par le grand usage des appareils électroniques, touche 2,1 millions d'enfants. Si aucune action ou intervention préventive spécifique n'est mise en œuvre, ils seront 4 millions d'ici à 2050.

Des innovations ont justement été réalisées avec le développement de verres ophtalmiques qui non seulement corrigent la vision des enfants, mais également freinent le développement de la myopie.

Dans un avis du 19 mars dernier, la Haute Autorité de santé a reconnu l'existence d'un service attendu significatif avec 60 % d'effets frénateurs de la myopie. Elle a alors estimé que le service attendu justifiait l'inscription de ces verres sur la liste des produits et prestations bénéfiques à la santé publique, conformément à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

En juillet dernier, l'assurance maladie a invité les pouvoirs publics à prendre en charge ces verres afin de faire évoluer le panier 100 % Santé en optique.

On imagine assez facilement le net retour sur investissement, au regard des nombreuses complications et comorbidités qui pourraient être évitées à l'âge adulte, si la sécurité sociale prenait en charge ces verres.

À notre tour, nous incitons le Gouvernement à se saisir de ce sujet.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, sur l'article.

M. René-Paul Savary. J'interviens de nouveau au nom d'Alain Milon.

Il souhaitait nous alerter sur la situation des prestataires de services de soins à domicile, qui interviennent auprès de plus de 2,5 millions de personnes. L'article 31 fait une distinction entre ceux qui fabriquent le produit et ceux qui fournissent une prestation. Or le même forfait s'applique aujourd'hui aux deux situations. Cette distinction risque d'aggraver encore les difficultés des territoires les plus reculés, où ce service pourrait ne plus être rendu.

M. Milon souhaitait également exprimer son insatisfaction quant à l'application de l'article 40 de la Constitution. Son amendement de suppression du dispositif défini à l'article 31 a en effet été jugé irrecevable, alors même que les dispositions proposées ne créaient aucune charge et ne diminuaient aucune ressource.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, sur l'article.

Mme Élisabeth Doineau. L'article 31 prévoit de garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux – produits et prestations – et de réguler la dépense.

Or la notion de dispositif médical couvre un ensemble extrêmement vaste de produits. En toute logique, la grande hétérogénéité des acteurs participant à la distribution des dispositifs médicaux rend malaisée l'estimation du périmètre et des conséquences de cette réforme.

Les opticiens et les audioprothésistes ne sont pas mentionnés, alors même qu'ils se sont fortement mobilisés sur l'article 31. Ils ont fourni d'importants efforts pour le « 100 % Santé ».

Aujourd'hui, ils s'inquiètent des conséquences de cette situation. Dans nos territoires, ce sont souvent les seuls acteurs à répondre aux problèmes d'une population vieillissante. Il ne faudrait pas se priver de ces professionnels. Monsieur le ministre, pourriez-vous nous rassurer ?

Une autre question émerge depuis quelque temps à propos des audioprothésistes : avant de les consulter, les patients doivent d'abord obtenir une prescription d'un ORL, ce qui pose de réelles difficultés. Cette disposition pourrait-elle évoluer, de nombreux patients ayant du mal à obtenir une consultation chez un ORL ?

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 140 est présenté par MM. Henno et Vanlerenberghe, Mmes Guidez, Sollogoub, Jacquemet et Devésa, MM. Duffourg, Janssens et les membres du groupe Union Centriste.

L'amendement n° 341 rectifié *quater* est présenté par M. Menonville, Mme Mélot, MM. Chasseing, Kern et Longeot, Mme Loisier, MM. Guerriau, Verzelen, Brisson et Lagourgue, Mme Gatel, M. Belin, Mme Férat, MM. Chatillon, Moga, Wattebled, Détraigne, Levi et Hingray, Mmes Joseph et Paoli-Gagin et MM. A. Marc, Gremillet, Capus et Longuet.

L'amendement n° 504 rectifié *ter* est présenté par Mmes Deseyne, Lassarade et Gruny, M. Sautarel, Mme Puissat, MM. Panunzi, Cadec, Burgoa et Karoutchi, Mme Gosselin, M. Allizard, Mmes Delmont-Koropoulis et Belrhiti, MM. Bouchet et Sido, Mme Dumont, MM. Genet, Charon et Piednoir, Mmes Micouleau et Dumas, M. Laménie, Mme Raimond-Pavero et M. Klingler.

L'amendement n° 871 rectifié est présenté par MM. Rambaud, Patriat et Buis.

L'amendement n° 914 rectifié *bis* est présenté par Mme Primas, MM. D. Laurent, Cambon, Bacci et Bascher, Mme L. Darcos, M. Bonnus, Mme Bourrat, MM. Daubresse et Sol, Mmes Di Folco et Thomas, MM. Cardoux, Perrin, Rietmann, Houpert, B. Fournier et Savary, Mmes Estrosi Sassone et Berthet, MM. Rapin, J.P. Vogel et Somon, Mmes Jacques et M. Mercier, M. Duplomb, Mme Lopez, M. Lefèvre, Mmes Schalck et Renaud-Garabedian, M. Bansard, Mmes Borchio Fontimp et Chauvin et MM. Babary et Bouloux.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 61

Après les mots :

à l'article L. 165-1,

insérer les mots :

à l'exception de ceux figurant au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables,

II. – Alinéa 62

Après les mots :

à l'article L. 165-1 du présent code,

insérer les mots :

à l'exception de ceux figurant au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables,

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 140.

M. Olivier Henno. Dans la droite ligne des propos de Mme Doineau, cet amendement concerne l'application indifférenciée aux dispositifs médicaux remboursables du mode de régulation économique aujourd'hui appliqué aux médicaments. Ces dispositifs, qui sont d'une très grande hétérogénéité, prennent en compte tous les remboursements.

Cet amendement a trait aux équipements d'optique, caractérisés par une très faible participation de la sécurité sociale aux dépenses – moins de 5 % – et par des outils spécifiques de régulation économique.

Dès lors, rien ne justifie d'appliquer à la filière optique un niveau d'encadrement de son économie comparable à celui des produits dont les dépenses sont majoritairement financées par la sécurité sociale.

J'ajoute que renforcer la pression économique sur les équipements d'optique n'aurait pas d'effet sur les dépenses publiques, mais menacerait directement l'équilibre économique de toute une filière et, *in fine*, l'accès aux soins visuels.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 341 rectifié *quater*.

M. Daniel Chasseing. J'ajoute simplement, au nom de mon collègue Franck Menonville, que la filière optique représente 50 000 emplois. Les dispositions prévues dans cet article auraient un effet désastreux sur les opticiens, qui sont majoritairement des très petites entreprises (TPE) et des petites et moyennes entreprises (PME) aux marges assez réduites.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 504 rectifié *ter*.

Mme Chantal Deseyne. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 871 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Jacques, pour présenter l'amendement n° 914 rectifié *bis*.

Mme Micheline Jacques. Il est également défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces quatre amendements identiques visent à exclure l'optique du champ de cet article.

Leurs auteurs soulignent notamment que le 100 % Santé a déjà permis de favoriser l'égal accès aux soins dans ce secteur, grâce à la définition d'une gamme de produits sans reste à charge. Ils indiquent également que cette réforme s'est accompagnée d'une diminution de la prise en charge des autres verres et lunettes par l'assurance maladie, désormais réduite à quelques centimes.

Nous comprenons leur intention et sommes, comme eux, favorables à une exclusion de l'optique. Toutefois, par souci d'équité, nous pensons préférable d'étendre cette exception à l'ensemble des secteurs où le 100 % Santé permet déjà de favoriser l'égal accès aux soins.

La commission a donc émis un avis défavorable sur ces amendements au profit de ceux visant à exclure l'ensemble des dispositifs médicaux pour lesquels un panier 100 % Santé a été défini.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. La prise en charge des dispositifs d'optique, inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, se caractérise aujourd'hui, en raison du 100 % Santé, par l'existence d'un panier de dispositifs de classe A, disposant d'un tarif de remboursement et d'un prix limite de vente, et d'un panier de classe B sans prix limite de vente.

La mesure proposée, qui porte sur l'encadrement des remises commerciales et la fixation réglementaire des marges, n'a pas vocation à remettre en cause les modalités du 100 % Santé.

En effet, elle ne supprime en aucun cas la possibilité de maintenir des prix libres sur les produits et les prestations. En outre, en l'absence de prix limite de vente, la notion de prix exploitant n'est pas non plus définie – aujourd'hui, les prix de cession ne sont pas déterminés en l'absence de prix limite de vente. La fixation et la répartition des marges entre le fournisseur et le distributeur au détail sont, de fait, laissées aux acteurs.

Ainsi, la mesure n'a pas pour conséquence de fixer un prix de vente limite sur le panier de classe B du secteur optique ni de plafonner les marges des acteurs sur ce même panier.

En ce qui concerne le panier de classe A, un tarif de remboursement et un prix limite de vente existent déjà. La mesure portant sur l'encadrement des remises commerciales sera protectrice pour les exploitants comme pour les distributeurs, en déterminant une marge minimale pour les différents acteurs de la distribution – garantie qui n'existe pas aujourd'hui.

Cette mesure ne remet pas en question l'équilibre économique de la filière optique. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces amendements, qui résultent d'inquiétudes que j'espère avoir levées.

S'agissant des deux questions posées, en particulier sur le 100 % Santé et la myopie, le bilan de cette mesure, mise en place en 2018, sera dressé en 2022. Nous travaillons à son amélioration, en particulier à travers la prise en charge des patients, qu'il s'agisse des enfants ou des personnes ayant une forte correction.

En ce qui concerne les audioprothésistes, sachez que nous sommes en train d'instruire le dossier.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Je me rallierai volontiers aux amendements que nous allons examiner plus loin et qui m'apparaissent plus complets.

Monsieur le ministre, je vous ai déjà alerté en commission sur la question du remboursement des lunettes. Certains patients sont remboursés, au titre du régime général, de 0,03 centime d'euro sur le premier verre, de 0,03 centime d'euro sur le second et de 0,03 centime d'euro sur la monture. Autant dire que c'est incompréhensible!

Vous m'avez répondu qu'il s'agissait d'un moyen de tracer et de connaître un peu le marché du 100 % Santé. Si on n'est pas capable, au XXI^e siècle, de trouver un autre moyen de faire ce suivi, mieux vaut changer de métier!

On ne peut pas continuer à facturer des sommes aussi dérisoires. Nos concitoyens ont alors beau jeu de dire que le gaspillage est dans le traitement des dossiers! Par pitié, monsieur le ministre, essayez de trouver une solution pour changer cette présentation!

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 140, 341 rectifié *quater*, 504 rectifié *ter* et 914 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 1134, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 62

I. – Première phrase

Remplacer les mots :

prix hors taxes de l'exploitant

par les mots :

prix exploitant hors taxes

II. – Deuxième phrase

Remplacer les mots :

prix hors taxes du fabricant

par les mots :

prix exploitant hors taxes

La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 1134.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n^o 139 rectifié est présenté par MM. Henno et Vanlerenberghe, Mmes Guidez, Sollogoub, Jacquemet et Devésa, MM. Duffourg, Janssens et les membres du groupe Union Centriste.

L'amendement n^o 996 rectifié est présenté par Mme Primas, MM. D. Laurent, Genet, Burgoa, Cambon, Bacci et Bascher, Mme L. Darcos, M. Bonnus, Mme Bourrat, MM. Bouchet, Karoutchi et Daubresse, Mme Di Folco, M. Brisson, Mme Thomas, MM. Cardoux, Perrin,

Rietmann, Houpert, B. Fournier et Savary, Mmes Estrosi Sassone, Belrhiti, Berthet et Lassarade, MM. Rapin, J.P. Vogel et Somon, Mmes Dumas, Jacques, Micouleau et M. Mercier, MM. Duplomb et Belin, Mme Lopez, M. Lefèvre, Mme Schalck, M. Klinger, Mme Dumont, M. Chatillon, Mmes Renaud-Garabedian et Raimond-Pavero, M. Bansard, Mmes Borchio Fontimp et Chauvin et MM. Bouloux et Gremillet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 63

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux catégories de produits ou de prestations comprenant une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1. »

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n^o 139 rectifié.

M. Olivier Henno. Je ne reprends pas les arguments déjà amplement développés : cet amendement vise clairement à exclure l'optique médicale et l'audioprothèse du périmètre d'application des mesures prévues à l'article 31.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour présenter l'amendement n^o 996 rectifié.

M. René-Paul Savary. Sophie Primas, particulièrement attachée à cet amendement, m'a demandé d'être vigilant.

La définition de paniers sans reste à charge a permis d'améliorer l'égalité d'accès aux soins. Toutefois, les distributeurs peuvent être contraints de proposer ces offres et de se voir imposer, dans ce cadre, un prix limite de vente.

Cet amendement vise donc à exclure les catégories de produits, qui comprennent un panier 100 % Santé, de la fixation par arrêté des marges de distribution.

Quand on a sur son territoire – et j'ai cette chance – une usine Essilor, comprenez, mes chers collègues, que l'on soit particulièrement attentif à cette préoccupation.

M. le président. On voit donc clair chez vous, monsieur Savary! *(Sourires.)*

L'amendement n^o 479 rectifié, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bascher, Bonhomme, Bonne, Bouchet, Burgoa, Cambon et Charon, Mme Dumas, M. B. Fournier, Mmes Lassarade, Lopez et Micouleau et MM. Milon et Sido, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 63

Insérer un paragraphe ainsi rédigé

« – Par dérogation, pour les catégories de produits d'optique médicale, les dispositions du présent article ne s'appliquent, après consultation des professionnels concernés, qu'aux classes faisant l'objet de la prise en charge renforcée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 165-1.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement vise, conformément à l'esprit et aux accords fondateurs du 100 % Santé, à exclure la classe à prix libre de l'optique du périmètre d'application de l'article 31.

M. le président. L'amendement n° 694 rectifié, présenté par MM. Sol et D. Laurent, Mme L. Darcos, MM. Cambon, Bouchet et Bonne, Mme Dumont, MM. Chatillon, Calvet, Sautarel, Burgoa et Genet, Mme Puissat, M. Brisson, Mmes Belrhiti, Chauvin et Delmont-Koropoulis, M. Somon, Mmes Dumas et Lassarade, M. Laménie, Mme Micouleau, M. Belin, Mme Ventalon et MM. Darnaud, Klinger, B. Fournier et Lefèvre, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 64

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux produits d'appareillage des déficients de l'ouïe et d'optique-lunetterie. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission a souhaité préciser dans la loi que les secteurs régulés par le 100 % Santé ne seraient pas touchés par les nouvelles mesures de régulation des distributeurs.

Elle a donc émis un avis favorable sur les amendements identiques n° 139 rectifié et 996 rectifié et demande, en conséquence, le retrait des amendements n° 479 rectifié et 694 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Pour les raisons que j'ai déjà eu l'occasion d'évoquer, le Gouvernement est défavorable à l'ensemble de ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 139 rectifié et 996 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, les amendements n° 479 rectifié et 694 rectifié n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 1011, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 99

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 114-17-1 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. »

La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. Cet amendement vise à transférer, des Urssaf à l'organisme d'assurance maladie compétent, le recouvrement des pénalités en cas de déclaration erronée du prix d'achat par l'exploitant d'un dispositif médical.

Il s'agit d'une mesure de rationalisation dans la gestion du recouvrement de la pénalité et de simplification, puisque l'organisme d'assurance maladie compétent est à l'origine de sa notification. Ces organismes locaux ont la capacité juridique et technique de mettre en œuvre ces procédures jusqu'au terme de l'encaissement. Il est préférable et plus simple de centraliser la gestion des procédures auprès d'un acteur unique afin d'éviter la multiplication de flux financiers et d'informations entre branches et d'améliorer la lisibilité pour les redevables.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1011.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Après l'article 31

M. le président. L'amendement n° 1133, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 31

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 1° de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ou des activités de télésurveillance médicales figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-52 »

La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a mis en place le cadre de droit commun de la prise en charge des activités de télésurveillance médicale.

Toutefois, l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, qui dresse la liste des cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation d'actes, prestations et produits donnant lieu à la récupération d'indus n'a pas été mis à jour.

Il convient d'ajouter à cette liste les activités de télésurveillance médicale, au même titre que les actes, prestations et dispositifs médicaux aujourd'hui pris en charge.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1133.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 31.

L'amendement n° 439 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 135 rectifié, présenté par Mmes Guidez et Belrhiti, MM. Canévet, Chasseing, Cigolotti, Daubresse, Decool, Delcros et Duffourg, Mmes Gacquerre, Garriaud-Maylam, Gatel, Gosselin et N. Goulet, MM. Gremillet, Guerriau et Henno, Mme Jacquemet, MM. Kern, Klinger, Lafon, Le Nay, Levi et Louault, Mmes Morin-Desailly, Perrot, Puissat et Saint-Pé, M. Sautarel et Mme Vermeillet, est ainsi libellé :

Après l'article 31

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les transports en ambulance de patients dont l'état n'a pas été déclaré incompatible avec un transport partagé par la prescription mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-5, ces tarifs prévoient des abattements progressifs en fonction du nombre de patients transportés dans le même véhicule. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Par cet amendement, nous entendons mettre l'accent sur l'intérêt d'introduire des ambulances de type A2 dans le système de transport sanitaire français afin de favoriser le transport de plusieurs patients.

Notre proposition fait suite aux appels à développer le transport sanitaire partagé, plus précisément lorsque le patient doit se déplacer en position allongée ou inclinée, mais que son état ne justifie pas une surveillance constante. Je pense, en particulier, au livre blanc publié en 2018 par la Chambre nationale des services d'ambulances.

De nombreux patients se voient prescrire un transport en ambulance, parce qu'ils se déplacent difficilement. Faute d'autres véhicules adaptés dans le code de la santé publique français, beaucoup de ces transports sont actuellement prescrits en ambulance de type A1, véhicule consacré, en principe, aux patients nécessitant une surveillance constante et un transport individuel en position allongée. Ce véhicule est plutôt adapté aux pathologies lourdes, avec possibilité de dégradation, ou contagieuses. Il participe à l'aide médicale urgente (AMU).

L'ambulance de type A2 cumulerait différents types de transport sous prescription médicale ne nécessitant pas de surveillance constante, en transport allongé, transport à mobilité réduite ou transport assis professionnalisé. Le véhicule sanitaire de type A2 devrait aussi répondre aux conditions de l'agrément des entreprises de transport sanitaire.

Faire basculer un grand nombre de patients des ambulances de type A1 vers les ambulances de type A2 permettrait de réaliser de nombreuses prises en charge avec les moyens fixés par les quotas actuels et de répondre à l'accroissement de la demande sans faire exploser les coûts pour l'assurance maladie.

L'introduction du véhicule de type A2 permettrait ainsi de retrouver une prescription plus juste, et donc d'économiser sur les dépenses liées aux transports sanitaires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends tout à fait l'intention des auteurs de cet amendement : le développement du transport partagé est une nécessité.

Plusieurs avancées sont intervenues en la matière. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a ainsi prévu que la prescription pouvant donner lieu à un remboursement des frais de transport sanitaire doit préciser si l'état du patient est compatible avec un transport partagé. L'avenant n° 10 à la convention nationale a prévu des abattements applicables au transport partagé et un dispositif incitatif.

La commission vous propose, mes chers collègues, de laisser les partenaires conventionnels prévoir les moyens d'une montée en charge du transport partagé. En conséquence, elle demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle y sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. François Braun, ministre. Je partage l'avis de Mme la rapporteure. Le ministère instruit actuellement la possibilité d'autoriser par décret l'ambulance de type A2.

M. le président. Madame Guidez, l'amendement n° 135 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 135 rectifié est retiré.

Article 31 bis (nouveau)

- ① I. – Après l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 5125-23-3. – Par dérogation au I de l'article L. 5125-23, le pharmacien peut délivrer, par substitution au produit prescrit, un produit comparable lorsque les conditions suivantes sont remplies :
- ③ « 1° Ce produit figure sur une liste, accompagnée, le cas échéant, de conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de cette substitution, fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de la Haute Autorité de santé ;
- ④ « 2° Lorsqu'elles existent, les conditions mentionnées au 1° du présent article peuvent être respectées ;
- ⑤ « 3° Le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance et tenant à la situation médicale du patient ;
- ⑥ « 4° Si le produit prescrit figure sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.
- ⑦ « Lorsque le pharmacien délivre un produit par substitution, il inscrit le nom du produit qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur et le patient de cette substitution. »

- 8 II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 9 1° Après le V, il est inséré un V *bis* ainsi rédigé :
- 10 « V *bis*. – Les produits dispensés par un pharmacien d'officine en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces produits soient inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code.
- 11 « Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, un produit figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code autre que celui qui a été prescrit, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du produit prescrit. » ;
- 12 2° À la première phrase du premier alinéa du VI, les deux occurrences des mots : « et V » sont remplacées par les mots : « , V et V *bis* ». – (Adopté.)

Après l'article 31 *bis*

M. le président. L'amendement n° 406 rectifié *bis*, présenté par Mme Berthet, MM. Belin, Bouchet, Brisson, Chaize et Charon, Mmes Drexler, Dumas et Dumont, M. Genet, Mmes Gosselin, Jacques et Joseph, MM. Laménie et Lefèvre, Mmes Micouneau, Procaccia et Puissat, M. Savary et Mme Ventalon, est ainsi libellé :

Après l'article 31 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... Par dérogation au I du présent article, le pharmacien peut substituer un dispositif médical par un autre inscrit sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale s'ils ont un usage identique et qu'ils disposent de spécifications techniques équivalentes.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions de substitution des dispositifs médicaux par le pharmacien d'officine. »

II. – L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La substitution par le pharmacien d'officine d'un dispositif médical inscrit sur cette liste par un autre dispositif médical inscrit sur cette liste, dans les conditions prévues par l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ne doit pas entraîner de dépenses supplémentaires pour le patient et l'assurance maladie. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Pendant la crise du covid-19, les pharmaciens d'officine ont pu substituer des dispositifs médicaux dans certaines conditions. Tout s'est très bien passé et les patients ont ainsi pu accéder rapidement à leur traitement, en toute sécurité.

Nous sommes actuellement revenus au système ancien, qui prive le pharmacien d'officine de toute possibilité de substituer un dispositif médical à un autre, pourtant identique. Le présent amendement a pour objet de permettre cette substitution, ce qui favorisera une politique de prix dynamique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement étant satisfait, nous en demandons le retrait.

Mme Catherine Procaccia. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 406 rectifié *bis* est retiré.

Article 31 *ter* (nouveau)

1 Le I de l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

2 « Lorsque l'exploitant ou le distributeur au détail de produits ou de prestations bénéficiant d'une prise en charge par l'assurance maladie n'appartient pas aux professions réglementées par les livres I^{er}, II et III de la quatrième partie du code de la santé publique ou par le livre II de la cinquième partie du même code, l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent I est subordonnée à la possession d'un identifiant de facturation délivré par les organismes d'assurance maladie lui permettant d'établir des feuilles de soins susceptibles d'être présentées au remboursement des produits ou prestations. »

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur le ministre, je profite de l'examen de cet article pour vous interroger sur les soins de suite proposés aux femmes traitées pour des cancers, notamment des cancers du sein. Je n'ai pu déposer d'amendement sur cette question en raison de l'article 40 de la Constitution.

J'ai été interpellée par une chirurgienne de Nantes, dans le département voisin du mien, sur les suites des traitements administrés – hormonothérapie, radiothérapie, chimiothérapie. Certes, ceux-ci guérissent les patientes, mais ils ont aussi des conséquences non négligeables sur leur vie sexuelle et intime.

Or il existe des solutions. Certaines, qui ne sont d'ailleurs pas prises en charge, ont un coût relativement modéré, mais leurs résultats sont médiocres et elles sont souvent abandonnées. Ainsi, au bout d'un an, 80 % des femmes concernées ont arrêté leur traitement.

En revanche, il existe maintenant de nouvelles solutions, que je ne vais pas décrire ici, mais qui donnent, par un traitement annuel, de très bons résultats et permettent aux patientes de récupérer une vie de femme normale. Si guérir est essentiel, il importe aussi, notamment pour des femmes jeunes, de pouvoir accéder à une vie sexuelle normale.

Or ces solutions ne sont pas prises en charge. Elles ont un coût relativement élevé, de l'ordre, m'a-t-on dit, de 500 euros par an. La chirurgienne avec qui j'ai échangé m'a indiqué avoir réussi, dans le cas de personnes à revenu imposable faible, à obtenir une participation de la caisse primaire d'assurance maladie de Nantes.

C'est un sujet qu'il faut absolument prendre en compte. Certains soins de support sont pris en charge pour les cancers de la prostate, par exemple. Pourquoi n'en irait-il pas de même pour les femmes? (*Applaudissements sur les travées du groupe CRCE et sur des travées des groupes SER et UC.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. François Braun, ministre. Vous savez, madame la présidente, mon intérêt pour tout ce qui concerne la santé des femmes.

Contrairement à ce qui se fait habituellement dans notre pays, nous voulons souligner que la santé ne concerne pas que les soins, mais aussi la prévention – le terme figure désormais dans l'intitulé du ministère –, le dépistage, les soins et les suites de soins.

Concernant ce cas précis, je vais faire instruire le dossier et reviendrai vers vous.

M. le président. Je mets aux voix l'article 31 *ter*.

(*L'article 31 ter est adopté.*)

Chapitre V

RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 32

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ③ a) La seconde phrase du premier alinéa du A est ainsi rédigée : « Ces mêmes autorités peuvent décider de conclure ce contrat avec la personne morale qui contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, la personne qui gère l'établissement, pour le compte de la personne gestionnaire. » ;
- ④ b) Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa du B, est insérée une phrase ainsi rédigée : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. » ;
- ⑤ 2° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « À l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. » ;
- ⑥ 3° L'article L. 313-13 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Cette même autorité ainsi que, pour le compte de l'État, les services ou établissements publics désignés par voie réglementaire contrôlent également l'application des dispositions du présent code par toute personne morale qui exerce un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur une personne mentionnée au premier alinéa du présent I. » ;

- ⑨ a bis) (*nouveau*) Au début du second alinéa du I, les mots : « Ces dispositions sont notamment applicables » sont remplacés par les mots : « Le présent I est notamment applicable » ;
- ⑩ b) Le second alinéa du VI est ainsi modifié :
- ⑪ – après le mot : « accueil », sont insérés les mots : « ainsi que les personnes morales gestionnaires de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil, pour leurs activités consacrées à cette gestion, » ;
- ⑫ – sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « et de l'inspection générale des finances. Les personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes morales gestionnaires des établissements, services et lieux de vie et d'accueil ainsi que les autres personnes morales qu'elles contrôlent et qui concourent à la gestion de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil ou leur fournissent des biens et services sont également soumises au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, pour leurs activités consacrées à cette gestion. » ;
- ⑬ 4° Après l'article L. 313-13-1, sont insérés des articles L. 313-13-2 et L. 313-13-3 ainsi rédigés :
- ⑭ « *Art. L. 313-13-2.* – Lorsqu'il n'est pas satisfait à sa demande de communication de l'un des documents, notamment de nature comptable ou financière, mentionnés à l'article L. 1421-3 du code de la santé publique, l'autorité chargée du contrôle peut enjoindre à la personne morale concernée d'y procéder dans un délai qu'elle fixe. Faute de transmission du document dans ce délai, cette même autorité peut prononcer, à l'encontre de la personne contrôlée, l'astreinte mentionnée aux II et IV de l'article L. 313-14 du présent code.
- ⑮ « *Art. L. 313-13-3.* – Les règles de comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation des dotations publiques par un établissement ou service médico-social et, le cas échéant, par son organisme gestionnaire et la personne morale sous le contrôle de laquelle il est placé, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sont fixées par décret. » ;
- ⑯ 5° Au premier alinéa du IV de l'article L. 313-14, la seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par les mots : « ou, lorsque l'établissement ou le service concerné relève de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elles » ;
- ⑰ 6° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :
- ⑱ a) Au début du premier alinéa, les mots : « Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, » sont supprimés ;
- ⑲ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑳ « Une sanction financière peut en outre être prononcée dans les conditions définies aux III et IV de l'article L. 313-14. » ;
- ㉑ 7° Après l'article L. 313-14-2, il est inséré un article L. 313-14-3 ainsi rédigé :
- ㉒ « *Art. L. 313-14-3.* – Lorsqu'un contrôle administratif réalisé sur le fondement de l'article L. 313-13 du présent code sur un établissement ou service médico-social géré au sein d'un groupe de personnes morales placées, au sens de l'article L. 233-3 du code de

commerce, sous le contrôle d'une même personne morale ou un contrôle administratif sur un autre organisme du même groupe établit que toute autre personne morale ou physique, qu'elle soit membre de ce groupe ou non, ou physique a bénéficié, de manière injustifiée, de sommes versées au titre de l'article L. 314-3-1 du présent code à un établissement ou service médico-social géré au sein de ce groupe, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut en demander le reversement à la personne morale qui en a indûment bénéficié.

- 23 « Lorsqu'un tel contrôle établit qu'une partie des sommes perçues sans justification ont été versées, en application du présent titre, par un département ou une métropole, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le reversement de ces sommes à la personne morale qui en a indûment bénéficié. Une convention conclue entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département ou la métropole fixe les modalités de cette intervention, notamment les conditions de répartition des sommes recouvrées. »
- 24 I *bis* (nouveau). – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :
- 25 1° L'article L. 111-7 est ainsi modifié :
- 26 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 27 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 28 2° Au *a* de l'article L. 134-1, après le mot : « maternité, », sont insérés les mots : « l'autonomie, » ;
- 29 3° L'article L. 211-7 est ainsi modifié :
- 30 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 31 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 32 4° L'article L. 252-9-1 est ainsi modifié :

- 33 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 34 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 35 5° L'article L. 262-10 est ainsi modifié :
- 36 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 37 – les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 38 – sont ajoutés les mots : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés » ;
- 39 b) Le second alinéa est ainsi rédigé :
- 40 « Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et services mentionnés au premier alinéa du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. » ;
- 41 6° L'article L. 272-8 est ainsi modifié :
- 42 a) Les mots : « personnes morales » sont remplacés par les mots : « établissements et services », le mot : « mentionnées » est remplacé par le mot : « mentionnés » et le mot : « financées » est remplacé par le mot : « financés » ;
- 43 b) Sont ajoutés les mots et une phrase ainsi rédigée : « ainsi que par les usagers au titre du paiement de leur hébergement ou des prestations annexes ou suppléments qui leur sont facturés. Elle peut également contrôler les personnes morales qui exercent un contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les établissements et services mentionnés à la première phrase du présent article et celles qui détiennent plus de la moitié des voix dans les organes délibérants ou qui exercent, directement ou indirectement, un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion sur ces mêmes établissements et services. »
- 44 II. – L'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale est complété par des 5° et 6° ainsi rédigés :
- 45 « 5° Le produit des astreintes et des sanctions financières mentionnées aux II à IV de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles ;
- 46 « 6° Les sommes recouvrées sur le fondement de l'article L. 313-14-3 du même code. »

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. L'article 32, relatif à la transparence financière, s'inscrit dans le cadre du renforcement de la politique de l'autonomie.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, a assoupli certaines règles budgétaires dans les Ehpad, mais n'a pas apporté beaucoup de moyens supplémentaires.

L'affaire Orpea a entraîné des contrôles. Le présent article vise à renforcer les exigences de transparence et la réglementation financière dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Je voudrais souligner ici que les Ehpad privés à but non lucratif – M. Bernard Bonne l'a sans doute rappelé – et les Ehpad publics sont contrôlés de façon extrêmement précise dans les départements par l'agence régionale de santé, par le conseil départemental, par les maires présidents de conseil administration, qui sont des gens responsables. L'affectation des excédents vient souvent en diminution du prix de journée. La transparence est donc totale dans nos établissements.

Ce qui nous manque, monsieur le ministre, ce sont des financements ! On peut comprendre que le covid-19 ait dégradé la situation de la sécurité sociale, mais la dépendance est en très nette croissance et cela se ressent déjà dans les Ehpad, où le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré s'élève à 730 points.

Face à cela, vous proposez 3 000 emplois, soit un demi-emploi par Ehpad. Vous devez vous fixer comme objectif, monsieur le ministre, de créer au moins cinq emplois par Ehpad existant dans les années à venir, soit 30 000 emplois, avec un grand plan de formation d'infirmières et d'aides-soignantes. Si ces emplois sont en partie délaissés, c'est aussi parce que les personnels n'ont pas le temps d'avoir des échanges avec les résidents.

Il faut également améliorer le maintien à domicile en s'appuyant davantage sur les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et, peut-être, sur les résidences autonomie, ce qui permettrait de limiter le nombre d'Ehpad.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, sur l'article.

M. Olivier Henno. Je me permets d'intervenir, au nom de Valérie Létard, sur la compensation par la CNSA de la dotation complémentaire de 3 euros qui peut être versée aux Saad depuis septembre 2022, sous réserve de l'appellation et de l'organisation d'un appel à candidatures par les départements.

Cette mesure, actée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, avait suscité des interrogations, notamment quant à son financement. Il avait été observé que l'augmentation du tarif entraîne un effet quantitatif et un effet qualitatif.

Il serait donc intéressant de savoir si la compensation financière couvre réellement 100 % des 3 euros supplémentaires et si elle prend en compte l'augmentation prévisible du nombre de personnes éligibles au cours de l'année, compte tenu du vieillissement de la population.

La ministre en fonction lors de l'examen du PLFSS pour 2022, Brigitte Bourguignon, avait affirmé : « le coût de cette dotation complémentaire sera de 60 millions

d'euros en 2022, pour atteindre quelque 500 millions en 2025 – un investissement de l'État dont je rappelle qu'il est pérenne ».

Qu'en est-il de cette compensation et quelles sont les conséquences sur les financements de la CNSA ?

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Le scandale Orpea est encore dans toutes les têtes, grâce au travail de Victor Castanet et à son livre, *Les Fossoyeurs*, qui a exposé les méthodes d'un groupe privé ayant mis en place un système maltraitant nos aînés, dont le seul but était d'accroître ses profits : jeux sur l'immobilier, montages financiers experts, flirt avec les législations entourant les produits de santé... Tout y était !

Dans le cadre de la mission d'information du Sénat, nous avons mené de nombreuses auditions, notamment de certains responsables. Un constat s'en détache : les instances publiques en charge du contrôle sont sous-dotées par rapport aux groupes qu'elles évaluent.

Les représentants des directeurs d'établissements expliquaient ainsi que les meilleurs comptables étaient systématiquement débauchés par les grands groupes privés lucratifs, tandis qu'il fallait embaucher des comptables « débutants » pour les remplacer et donc évaluer les pratiques desdits groupes.

Il faut certes revoir les moyens des instances de contrôle, et c'est un premier pas qui est fait par le Gouvernement dans ce cadre, mais il faut aussi et surtout encadrer par la loi les Ehpad privés à but lucratif.

Notre groupe défend un autre projet visant à confier au secteur public 100 % de l'accompagnement de nos aînés. On ne peut en effet laisser des établissements privés faire du profit sur le dos des plus âgés.

En attendant de voir ces Ehpad privés à but lucratif écartés, nous avons déposé plusieurs amendements, issus notamment des associations de consommateurs, visant à encadrer les profits dégagés sur la partie immobilière et à limiter les autorisations de création d'Ehpad privés à but lucratif dans les départements comptant déjà une part minimale d'Ehpad publics. Malheureusement, ces amendements ont été déclarés irrecevables.

Face aux défis qui se présentent, il ne faut pas se contenter d'une politique de petits pas !

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, sur l'article.

Mme Michelle Meunier. La parution, à la fin du mois de janvier dernier, de l'enquête de Victor Castanet a fait l'effet d'un puissant détonateur dans le secteur des Ehpad.

Le caractère hautement lucratif de la gestion de la société Orpea est apparu dans toutes ses dimensions : chasse aux coûts auprès des fournisseurs, nivellement des ressources humaines par le bas, harcèlement des syndicats... Les rapports d'inspection ont également démontré les détournements non seulement des crédits de nos caisses sociales – assurance maladie ou CNSA –, mais aussi des aides départementales, ainsi que l'ultracentralisation de la gestion afin d'optimiser ces pratiques douteuses et de dissimuler aux financeurs les profits réinjectés dans la « machine à cash ».

La commission des affaires sociales a diligenté une mission d'information pour faire la lumière sur ce qui avait échappé jusqu'alors à notre vigilance. Avec mon collègue Bernard Bonne, nous avons remis nos travaux en juillet dernier et présenté vingt-quatre recommandations pour renforcer le contrôle des Ehpad.

Pour mon groupe politique, ce renforcement ne vise qu'un seul but : s'assurer que le fruit des cotisations et les deniers publics soient utilisés à bon escient, au service de l'accompagnement et du soin des personnes âgées en perte d'autonomie, et qu'ils n'aillent pas servir les actionnaires des plus grandes entreprises du secteur des Ehpad.

En d'autres mots, et je sais que beaucoup partagent cette vision, il faut faire en sorte que la vieillesse et la dépendance ne soient pas une marchandise.

L'article 32 concrétise une partie des engagements du Gouvernement pris au printemps dernier, notamment grâce aux apports de nos collègues socialistes à l'Assemblée nationale : nous le soutiendrons.

Mon collègue Bernard Bonne présente plusieurs amendements déclinant nos propositions. Nous soutenons cette démarche, tout en regrettant que notre proposition de redevance solidaire ait été écartée hier soir, lors de l'examen de l'article 5. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER. – Mme Laurence Cohen applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Je voudrais brièvement souligner, mesdames, messieurs les sénateurs, l'extrême importance de cet article 32 au regard du choc suscité par les révélations de Victor Castanet dans son enquête intitulée *Les Fossoyeurs*.

Celle-ci a entraîné, dans l'opinion publique et au sein des pouvoirs publics, une prise de conscience massive de la situation. Le Gouvernement a pris très tôt la mesure de cette onde de choc et compris la nécessité d'y apporter, en réponse, un choc de transparence pour ramener la confiance dans le secteur.

En tant que parlementaires, vous avez vous-même mené un travail de fond. Je salue à cet égard le rapport produit par le Sénat, que Mme la sénatrice Michelle Meunier et M. le sénateur Bernard Bonne m'ont remis cet été. De nombreuses mesures qui y figuraient ont déjà été reprises ; d'autres ont été inscrites dans le texte, à l'Assemblée nationale, notamment au sein de cet article 32.

Notre premier objectif est d'assurer une meilleure utilisation des fonds publics attribués à chacun des établissements. Les différentes enquêtes ont bien montré les mécanismes mis en place, contre lesquels nous entendons lutter.

Nous le faisons notamment en obligeant les établissements appartenant à un groupe à transmettre une comptabilité analytique attestée retraçant les différents flux financiers.

Nous prévoyons par ailleurs une limitation dans le temps de l'usage des excédents dégagés sur des financements publics, avec une possibilité de reprise par les autorités de contrôle et de tarification. C'était extrêmement important.

Enfin, la possibilité pour un groupe de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) à la place de l'établissement dont il a le contrôle est strictement encadrée.

Nous cherchons à sécuriser au maximum les flux financiers entre établissements et groupes.

Le deuxième objectif de l'article 32 est de renforcer les pouvoirs de sanction des autorités de contrôle. Ces derniers ont été durcis au cours des discussions à l'Assemblée nationale, avec la possibilité de recourir à des astreintes journalières, l'extension des pouvoirs de contrôle des ARS, des départements, de l'Igas et de l'inspection générale des finances (IGF) ou encore l'organisation de procédures de récupération d'indus lors des contrôles des groupes de dimension nationale.

Il s'agit d'un dispositif extrêmement complet et précis qui me semble répondre à l'ensemble des problématiques soulevées au cours des derniers mois sur le fonctionnement de ces établissements.

Encore une fois, la transparence est nécessaire si l'on veut restaurer la confiance indispensable à l'exercice de ces activités.

Monsieur Henno, nous avons bien prévu la totalité des crédits destinés à compenser la dotation qualité de 3 euros dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, ainsi que leur montée en charge. Plusieurs centaines de millions d'euros y seront consacrés dès 2023. Les crédits sont bien là, à hauteur de l'engagement pris de rembourser à l'euro près cette dotation.

M. le président. L'amendement n° 8 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Goulet, MM. Henno et Delcros, Mme Férat, MM. Delahaye et Longeot, Mme Billon, MM. Kern et Lafon, Mme Herzog, MM. Canévet, Détraigne, Levi et Janssens, Mmes Perrot, Mélot et Jacquemet, M. Duffourg et Mmes de La Provôté et Saint-Pé, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Aucune convention ne peut être signée sans vérification que le cocontractant est en règle à l'égard de ses obligations fiscales et sociales.

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Nous avons déjà adopté, dans un précédent article, un amendement visant à plus de transparence.

Je salue ce mouvement et les dispositions de cet article 32. Je vous propose simplement, mes chers collègues, d'ajouter une disposition aux termes de laquelle aucune convention ne pourrait être signée sans avoir vérifié que le cocontractant est bien en règle au regard de ses obligations sociales et fiscales.

L'an dernier, à la même époque, nous avons mis en lumière, ici même, le scandale des établissements DomusVi : fraude fiscale d'ampleur à l'échelle européenne, transferts de fonds au Luxembourg et à Jersey, le tout avec une participation de la Caisse des dépôts et consignations... Tout cela n'était déjà pas très clair, et c'était avant le scandale Orpea !

Nous faisons face à de la fraude à la fois sociale et fiscale à travers des dispositifs particulièrement innovants et surtout scandaleux s'agissant de questions liées à la santé et aux Ehpad.

Mon amendement tend simplement à imposer la vérification du respect des obligations sociales et fiscales du cocontractant, ce qui me semble être un minimum !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'autonomie. Je partage l'intention des auteurs de cet amendement, mais le dispositif proposé ne permet pas d'atteindre les objectifs visés.

En effet, un établissement peut fonctionner sans CPOM, ce qui est le cas de la très grande majorité d'entre eux. Or, dans le dispositif proposé, la vérification se fait au moment de la signature.

Par ailleurs, l'affaire Orpea relève non pas de questions fiscales ou sociales, mais du non-respect des dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Pour ces raisons, la commission est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. L'article 32, comme je viens de le souligner, vise précisément à renforcer les pouvoirs de contrôle et de sanction des autorités de contrôle et de tarification qui vérifient la gestion des établissements.

En revanche, il revient aux services fiscaux de contrôler ou de diligenter des enquêtes sur leur situation fiscale.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le ministre, entre le social et le fiscal, il n'y a pas beaucoup de différence !

La régularité fiscale doit tout de même être contrôlée à un moment ou à un autre. Par ailleurs, comme l'a souligné Laurence Cohen, on peut se poser la question de savoir si nous aurons les moyens de contrôler et de mettre en place les dispositions de cet article 32.

Je maintiens mon amendement, car j'estime que le contrôle de la conformité fiscale va de pair avec une plus grande transparence. Or tel est bien l'objet du présent article.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 8 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.) – (Applaudissements sur les travées du groupe CRCE et sur des travées des groupes SER et UC.)

M. le président. L'amendement n° 80, présenté par M. Mouiller, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Compléter ces alinéas par les mots :

, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Cet amendement vise à préciser, en vue de les harmoniser, ce que sont des excédents « qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation ». Il s'agit d'établir des pratiques communes sur l'ensemble du territoire.

La disposition législative visée englobant à la fois les réserves et les reports, il nous semble nécessaire de sécuriser les pratiques sans empêcher les autorités de contrôle

d'analyser la manière dont se sont constitués les excédents. Pour ce faire, je propose de nous en remettre à un décret en Conseil d'État.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. La situation peut être très différente d'un établissement à l'autre.

Certains d'entre eux, par exemple, peuvent avoir des réserves élevées en prévision d'un plan d'investissement important. Il ne me paraît donc pas opportun de traiter cette question par voie réglementaire. Mieux vaut laisser les autorités de contrôle et de tarification se charger de procéder aux vérifications nécessaires, établissement par établissement.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 80.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Di Folco et Dumas, MM. B. Fournier, Frassa et Genet, Mme Joseph, MM. Karoutchi et Klingner, Mme Lassarade, M. Lefèvre, Mmes Malet, M. Mercier et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat, Perrin et Piednoir, Mme Richer, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Segouin, Sido, Sol et Somon, Mmes Thomas et Raimond-Pavero et M. Saury, est ainsi libellé :

Alinéas 4 et 5

Compléter ces alinéas par une phrase ainsi rédigée :

Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par un décret en conseil d'État.

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Plusieurs des amendements qui vont être présentés relèvent des recommandations de la mission d'information que Michelle Meunier et moi-même avons conduite.

Le livre de Victor Castanet a révélé les nombreux dysfonctionnements au sein du groupe Orpea. Toutefois, monsieur le ministre, je crois que l'on pourrait aussi, et d'abord, compter la faillite des services de contrôle parmi les dysfonctionnements à relever.

C'est également pour cette raison que nous avons mené notre mission d'information. Certaines défaillances, certains manques en termes de contrôle ont justement permis à des groupes, et pas uniquement à Orpea, de commettre des malversations.

Le Gouvernement a réagi, mais un peu tard, et l'Assemblée nationale a repris certaines de nos propositions. Nous allons chercher à en ajouter d'autres, notamment à travers cet amendement, qui vise à traduire dans la loi la proposition n° 6 de notre rapport d'information sur le contrôle des Ehpad.

Toute constitution d'excédent doit être réalisée dans le respect de la réglementation en vigueur. Il est sans doute nécessaire d'en clarifier ou d'en unifier certaines pratiques. À la lumière de la mission conjointe de l'Igas et de l'IGF,

ainsi que des auditions organisées par les rapporteurs, la mission d'information a proposé le plafonnement du montant des crédits pouvant être mis en réserve.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Cet amendement n° 155 rectifié, qui vient en complément de celui que nous venons de voter, vise à encadrer le volume des excédents réalisés par les établissements, conformément aux recommandations du rapport d'information de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier.

Toutefois, l'encadrement des excédents ne doit pas remettre en cause la capacité des établissements à dégager des marges d'autofinancement et d'investissement. En l'espèce, il s'agit essentiellement d'éviter les comportements frauduleux. Le plafond des excédents ou des réserves sera défini par un décret en Conseil d'État.

La commission émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Comme à l'amendement précédent, nous souhaitons laisser les autorités de tarification et de contrôle être juges de ces réserves : avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Monsieur le ministre, votre avis défavorable m'étonne, car les autorités de régulation et l'ARS opéraient déjà ces contrôles auparavant, ce qui n'a pas empêché les difficultés que nous connaissons.

L'adoption de ces deux amendements nous permet justement de prendre des mesures complémentaires afin de tirer les conséquences de nos constats.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Auparavant, les autorités de tarification et de contrôle étaient aveugles s'agissant des flux financiers entre les établissements et les groupes. Or cet article leur permet justement de contrôler les sièges des groupes, ce qui assure une transparence complète. Il s'agit d'une différence essentielle avec le système précédent.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 155 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 618 rectifié, présenté par Mme N. Delattre, MM. Artano et Bilhac, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold, Guérini et Guiol, Mme Pantel et M. Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Il revient aux autorités de tarification, lors de la négociation de renouvellement, d'apporter la preuve de l'inadéquation du montant des excédents réalisés pendant le contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens (CPOM) avec les conditions d'exploitation de l'établissement et de justifier les raisons de la reprise de ces parts d'excédents enregistrés dans le CPOM. Ces conditions d'exploitations seront précisées par décret.

La parole est à M. Bernard Fialaire.

M. Bernard Fialaire. Il s'agit d'un amendement déposé par notre collègue Nathalie Delattre.

L'article 32 comprend plusieurs dispositions visant à garantir la bonne utilisation des financements publics attribués aux Ehpad et à renforcer la capacité de sanction des pouvoirs publics, notamment en limitant dans le temps l'utilisation des excédents sur les financements publics afin qu'ils soient effectivement dépensés. La limitation dans le temps est calée sur la durée des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les auteurs de cet amendement proposent d'attribuer aux autorités de tarification la charge de prouver l'inadéquation du montant des excédents réalisés pendant le CPOM avec les conditions d'exploitation et de justifier les éventuelles reprises des excédents réalisés dans le cadre dudit contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Cet amendement est satisfait par l'adoption des deux précédents, dont les dispositions renvoient à un décret en Conseil d'État. La commission en demande donc le retrait ; à défaut, elle y sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le ministre, est-ce à dire que la charge de la preuve est inversée ?

Si tel est le cas, j'aimerais que l'on m'en explique la raison. En matière de transparence, je ne suis pas sûre que ce soit souhaitable.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Madame la sénatrice, les autorités de tarification et de contrôle doivent motiver leurs décisions. Je ne vois donc pas en quoi la charge de la preuve serait inversée.

Cela étant dit, je peux m'engager à faire rédiger une instruction précisant aux autorités de tarification et de contrôle la marche à suivre afin de bien s'assurer que leurs décisions soient motivées à l'issue d'un diagnostic financier, mais il ne s'agira que d'un rappel...

M. le président. Monsieur Fialaire, l'amendement n° 618 rectifié est-il maintenu ?

M. Bernard Fialaire. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 618 rectifié est retiré.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 924, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 14

1° Première phrase

Remplacer les mots :

peut enjoindre

par le mot :

enjoint

2° Seconde phrase

Remplacer les mots :

peut prononcer

par le mot :

prononce

II. – Alinéa 20

Remplacer les mots :

peut en outre être

par le mot :

est

III. – Alinéa 22

Remplacer les mots :

peut en demander

par les mots :

en demande

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le scandale Orpea a mis en lumière les montages financiers lucratifs de ce groupe privé.

Spécialisé dans l'extraction de l'or gris, Orpea se caractérise entre autres, selon le rapport du Cictar (*Center for International Corporate Tax Accountability and Research*), par une absence quasi totale de transparence en termes de communication d'informations financières.

Selon le rapport, jusqu'en 2014, Orpea communiquait la liste de ses 314 filiales. En 2015, au moment où son expansion internationale s'est accélérée, cette liste s'est réduite aux 16 « principales sociétés permettant au groupe Orpea d'exercer son activité et de gérer son patrimoine immobilier ». Au moins 191 filiales avaient tout simplement disparu de ses rapports publics. De même, les états financiers de la société tête de groupe, Orpea SA, ne listent que des filiales directes.

L'opacité qui règne autour de la structure d'Orpea se conjugue à des montages financiers abusant de la porosité entre les sections budgétaires des établissements, ce qui permet de financer la section hébergement par des fonds publics dédiés à la dépendance et aux soins.

Face à ce constat, l'article 32 du PLFSS prévoit un « choc de transparence » en permettant aux corps de contrôle, à l'inspection générale des affaires sociales et à l'inspection générale des finances de « contrôler non seulement les comptes des établissements et services à proprement parler, mais également ceux des gestionnaires et ceux des groupes qui les contrôlent. »

Toutefois, la rédaction de cet article n'envisage que des sanctions hypothétiques envers les établissements qui ne transmettraient pas leurs comptes ou qui refuseraient de se soumettre à un contrôle. Les auteurs de cet amendement proposent donc de rendre les sanctions automatiques dans de telles situations.

M. le président. L'amendement n° 835 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 14

1° Première phrase

Remplacer les mots :

peut enjoindre

par le mot :

enjoint

2° Seconde phrase

Remplacer les mots :

peut prononcer

par le mot :

prononce

II. – Alinéa 22

Remplacer les mots :

peut en demander

par les mots :

en demande

III. – Alinéa 23, première phrase

1° Supprimer le mot :

peut

2° Remplacer le mot :

demander

par le mot :

demande

IV. – Alinéa 27

Remplacer les mots :

peut également contrôler

par le mot :

contrôle

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il s'agit d'un amendement similaire à celui de nos collègues du groupe GEST.

L'article 32 est salutaire, surtout à la suite du scandale Orpea. La nécessité de renforcer les pouvoirs de contrôle et de sanction des autorités de tutelle des Ehpad et les obligations de transparence financière des établissements et des groupes multigestionnaires paraît être une évidence, comme l'avait d'ailleurs souligné la mission Igas-IGF de mars 2022.

Mais si nous voulons véritablement créer un « choc de transparence », pour reprendre les termes du projet de loi, les sanctions doivent être automatiques et systématiques, comme le prévoit notre amendement – c'est indispensable.

En l'état actuel des choses, ce n'est pas le cas. Nous avons l'impression que le Gouvernement veut simplement se donner bonne conscience, sans contraindre les établissements.

Il serait particulièrement naïf de penser que ces multinationales, capables de fraude fiscale et de blanchiment, vont spontanément transmettre des documents ou se soumettre à des contrôles qui pourraient compromettre l'essence même de leur activité, à savoir le profit.

Le Gouvernement nous semble bien plus volontariste lorsqu'il s'agit de s'attaquer à ce qu'il nomme « la fraude sociale ». Nous dénonçons ce « deux poids, deux mesures » et l'illusion créée par l'article 32, qui ne produira aucun effet en l'état.

J'adresserai les mêmes reproches à la majorité sénatoriale. Avec cet avis défavorable, mes chers collègues, nous voyons une nouvelle fois que vous ne vous préoccupez pas réellement de la manière dont sont pris en charge nos aînés (*Mme Catherine Procaccia et M. René-Paul Savary se récrient.*). Il ne faudrait surtout pas froisser les Ehpad privés à but lucratif ! Parce qu'il faut en finir avec le business de l'or gris, des sanctions effectives sont indispensables !

M. le président. L'amendement n° 538 rectifié *bis*, présenté par MM. Favreau, Brisson, Sido et Houpert, Mmes Gosselin et Dumas, MM. Genet et Bacci, Mme M. Mercier, MM. Bouchet, Sautarel et Burgoa, Mme Di Folco, MM. Laménie, Charon, Lefèvre, Cadec, Belin et Klingler, Mme Demas, M. Somon, Mme Joseph et MM. Savary et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 23, première phrase

Remplacer les mots :

peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le

par les mots :

procède, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, au

La parole est à M. René-Paul Savary.

M. René-Paul Savary. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 590 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Artano, Bilhac, Cabanel, Fialaire, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et MM. Requier et Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 23, première phrase

Remplacer les mots :

peut, à la demande de ce département ou de cette métropole, demander, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, le

par les mots :

procède, pour le compte de celui-ci ou de celle-ci, au

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 590 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Il est également défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Ces quatre amendements sont très proches : les deux premiers tendent à établir l'automatisme des remboursements et des sanctions, alors que les deux derniers visent à charger la CNSA de ce contrôle.

Je ne suis pas d'accord avec le caractère automatique des sanctions. Elles relèvent de l'appréciation des autorités de tarification et de contrôle qui en fixent le montant dans les limites arrêtées par la loi. J'approuve toutefois les propos de nos collègues sur la défaillance du contrôle et le caractère insuffisant de la réglementation, ce qui explique les nombreuses dispositions réglementaires ou législatives proposées par le Gouvernement. C'est tout l'intérêt de cet article 32.

Monsieur le ministre, il faudrait par ailleurs vous assurer de la publication des textes réglementaires. Je crois que la mission Igas-IGF avait souligné certains points à ce propos, notamment sur les procédures de mise en œuvre des sanctions financières.

La commission émet un avis défavorable sur ces quatre amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Ces quatre amendements ne concernent pas que les Ehpad privés à but lucratif, mais l'ensemble des établissements.

Au demeurant, l'adoption d'un amendement qui viserait à différencier les mesures en fonction des statuts des établissements constituerait une rupture d'égalité devant les charges publiques.

Par ailleurs, comme vient de le souligner le rapporteur, ces sanctions ne peuvent avoir un caractère automatique en ce qu'elles doivent s'inscrire dans le cadre d'une procédure contradictoire.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces quatre amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 924.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 835 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. René-Paul Savary. Je retire l'amendement n° 538 rectifié *bis*, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 538 rectifié *bis* est retiré.

Madame Guillotin, qu'en est-il de l'amendement n° 590 rectifié ?

Mme Véronique Guillotin. Je le retire également, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 590 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1115, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 22

1° Supprimer la seconde occurrence des mots :

ou physique

2° Remplacer les mots :

la personne morale qui en a indûment bénéficié

par les mots :

l'entité qui exerce le contrôle sur cet établissement ou service

II. – Alinéa 23, première phrase

Après le mot :

morale

insérer les mots :

ou physique

La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Cet amendement rédactionnel vise à mettre en cohérence les dispositions relatives au recouvrement d'indus à l'échelle nationale par

la CNSA. Ces ajustements sont nécessaires à la bonne compréhension de la disposition et à la cohérence d'ensemble de l'article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1115.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 156 rectifié, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belrhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cadec, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Di Folco, Dumas et Drexler, MM. B. Fournier, Frassa et Genet, Mme Joseph, MM. Karoutchi et Klingner, Mme Lassarade, M. Lefèvre, Mmes Malet, M. Mercier et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat, Perrin, Piednoir et Pointereau, Mmes Richer et Raimond-Pavero, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Sido, Sol et Somon, Mme Thomas et MM. J.P. Vogel et Saury, est ainsi libellé :

Alinéas 31, 34, 40 et 43

Après le mot :

contrôler

insérer les mots :

selon une périodicité régulière

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Cet amendement est la traduction législative de la recommandation n° 1 de notre rapport d'information sur le contrôle des Ehpad.

Alors que le Gouvernement a lancé un programme de contrôle des établissements très, voire trop, ambitieux, il est regrettable qu'aucun contrôle des groupes privés lucratifs autres qu'Orpea ne soit prévu. Il n'est point besoin de révélations journalistiques pour procéder à une telle opération qui relève, selon une périodicité à déterminer, d'un exercice normal de l'autorité de tutelle.

Ces contrôles sont d'autant plus nécessaires que les auditions menées par vos rapporteurs, ainsi que les travaux de la mission Igas-IGF, montrent que ces groupes partagent des problématiques communes : relations entre le siège et les établissements, nécessité de fixer des règles d'imputation budgétaire claires et partagées et difficultés de recrutement.

Ces contrôles s'inscrivent dans le cadre d'un dialogue régulier qui doit s'instaurer entre l'État, les autorités de tarification et de contrôle et les groupes multigestionnaires d'établissements et de services.

Monsieur le ministre, n'attendons pas que d'autres révélations sur des groupes privés lucratifs qui n'observeraient pas les règles posent des difficultés au Gouvernement et aux départements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. La notion de contrôle régulier est essentielle. Les dispositions de cet amendement, qui tire les enseignements de l'affaire Orpea, concernent les établissements, les groupes multigestionnaires et les flux entre les deux. Le panel est donc complet : avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Cet amendement pose la question du renforcement des moyens de contrôle des autorités de tarification et de contrôle.

Nous abordons ce problème dans le projet de loi de finances pour 2023 en prévoyant 120 postes supplémentaires dans les ARS pour répondre à l'engagement pris par le Gouvernement, dès le mois de mars 2022, de contrôler les 7 500 Ehpad de notre pays dans les deux années à venir.

Cet article 32 permet de compléter les informations à la disposition des autorités de tarification et de contrôle et les régimes de sanction applicables. Ce dispositif nous semble suffisant pour nous prémunir des dérives observées dans certains groupes, notamment Orpea : avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je ne comprends pas la portée de votre amendement, monsieur Bonne.

Vous précisez que la périodicité du contrôle doit être régulière. Soit, mais l'élection présidentielle en France a également une périodicité régulière : tous les cinq ans ; les années bissextiles ont également une périodicité régulière : tous les quatre ans ; de même, les décennies se terminant par le chiffre zéro ont, elles aussi, une périodicité régulière : tous les dix ans... La notion de périodicité régulière n'a aucun intérêt eu égard à la fréquence des contrôles. Il s'agit d'un amendement purement déclaratif sur lequel nous nous abstenons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 156 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 928, présenté par Mmes Poncet Monge et M. Vogel, MM. Benarroche, Breuiller, Dantec, Dossus, Fernique, Gontard et Labbé, Mme de Marco et MM. Parigi et Salmon, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 43

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– Le premier alinéa de l'article L. 1421-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le cas échéant, ils peuvent demander aux personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes morales gestionnaires des établissements, services et lieux de vie et d'accueil ainsi que les autres personnes morales qu'elles contrôlent et qui concourent à la gestion de ces établissements, services et lieux de vie et d'accueil ou leur fournissent des biens et services d'établir et de fournir les comptes des filiales non consolidés à l'étranger et en France ainsi que leur structure actionnariale et principaux actionnaires. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Le scandale Orpea a mis en avant la relative faillite des missions de contrôle des différents corps d'inspection, du fait surtout de leur impuissance à accéder aux opérations et données financières du groupe et de ses filiales, la plupart établies à l'étranger.

Le rapport du Cictar, que je vous invite à lire, monsieur le ministre, souligne ainsi : « alors même que le groupe est en pleine expansion, le nombre de filiales listées dans les états financiers consolidés communiqués par Orpea s'est progressivement réduit ».

Jusqu'en 2014, je le redis, Orpea communiquait la liste de ses 314 filiales ; puis, à partir de 2015, au moment où le groupe entame une décennie de spéculations immobilières, cette liste s'est réduite à 16 sociétés. Des centaines de filiales ont alors disparu !

Par conséquent, la quasi-totalité de la structure capitaliste construite par Orpea depuis 2014 pour son portefeuille immobilier en dehors de France, qui constitue l'une de ses principales sources de profits, n'est plus présentée dans les rapports publics du groupe.

Pourtant, ce sont bien les filiales établies à l'étranger qui ont permis à Orpea de développer ses activités de spéculation immobilière opaques et de dégager des superprofits purement spéculatifs, prétendument tirés de la section « hébergement ».

Ainsi, l'impossibilité pour les organismes de contrôle d'accéder aux comptes des filiales non consolidées de ces groupes permet à ces grandes entreprises de masquer leurs véritables activités à la puissance publique.

Les auteurs de cet amendement proposent donc d'aller dans le sens de l'article 32 en renforçant les capacités de contrôle des agents et des organismes publics en leur permettant d'accéder aux données des filiales, notamment étrangères, non consolidées et à leur structure capitalistique.

Cela permettra ainsi au Gouvernement de faire la lumière sur la vente d'actifs immobiliers à certaines filiales, sur les gains spéculatifs exceptionnels et sur les contrats de bail noués en contrepartie, qui révèlent des loyers abusifs dans les établissements en France.

Si vous voulez comprendre comment Orpea contourne vos contrôles et anticiper enfin les choses, votez cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Je comprends l'intention des auteurs de cet amendement, qui vise à disposer des comptes des filiales étrangères dans le cadre des contrôles.

Malheureusement, le dispositif proposé va au-delà du contrôle des fonds de la branche autonomie, puisqu'il relève en partie de la réglementation relative aux marchés financiers. Or les dispositions de cet amendement n'abordent pas directement la possibilité d'instaurer un droit de regard sur les marchés financiers.

Les dispositions relatives à la transparence financière prises par voie législative et réglementaire, ainsi que les contrôles réguliers, comme cela a été évoqué, doivent d'ores et déjà nous permettre de suivre l'usage des fonds publics et leur éventuelle utilisation pour un développement international.

Pour ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Vous ne pouvez renforcer les contrôles à travers l'article 32 et expliquer que tout va très bien se passer alors que nous savons pertinemment que les agents chargés de ces contrôles n'auront aucun moyen et que les structures dont nous parlons sont très créatives en matière de fraude fiscale.

La commission des finances vient de publier un rapport d'information à ce sujet. Nous savons tous très bien qu'il n'y aura rien du tout à contrôler !

Monsieur le ministre, l'objet de l'amendement n° 618 rectifié de Mme Delattre, qui a certes été retiré, précisait : « Il semble donc cohérent d'attribuer aux autorités de tarification la charge de prouver l'inadéquation du montant des excédents réalisés pendant le CPOM avec les conditions d'exploitations et de justifier les éventuelles reprises des excédents réalisés dans le cadre du CPOM. » Le texte confond bien la charge de la preuve et la motivation...

Vous ne pourrez jamais avoir du personnel suffisamment compétent ni suffisamment formé aux dédales de la fraude fiscale pour pouvoir éviter ces problèmes et instaurer une transparence totale. Il est impossible de dissocier la fraude fiscale des montages que vous êtes en train de concevoir, raison pour laquelle je voterai cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 928.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(L'article 32 est adopté.)

Après l'article 32

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belrhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Di Folco et Dumas, MM. B. Fournier, Frassa, Genet, Karoutchi et Klinger, Mme Lassarade, M. Lefèvre, Mmes Malet, M. Mercier et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat, Perrin, Piednoir et Pointereau, Mmes Raimond-Pavero et Richer, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Sido, Sol et Somon, Mme Thomas et MM. J.P. Vogel et Saury, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° De piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, d'un comité des autorités de contrôle. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité. »

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Monsieur le ministre, je regrette que les propositions issues de notre rapport soient systématiquement rejetées par le Gouvernement.

Je le regrette d'autant plus que le Gouvernement a pris beaucoup de mesures tardivement, avant la publication du rapport. Or nos propositions, qui me semblent assez raisonnables, ne sont pas prises en compte.

Il s'agit ici de la traduction législative de notre recommandation n° 11.

Si les autorités chargées de la délivrance des autorisations et de la tarification, principalement les conseils départementaux et les ARS, ont un rôle majeur à jouer dans l'exercice du contrôle, ainsi que le prévoient les textes réglementaires, elles ne sont pas les seules à intervenir en ce domaine.

La direction générale du travail (DGT) et la direction générale de concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) procèdent aussi, notamment par le biais de leurs services déconcentrés, au contrôle des Ehpad. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est quant à elle chargée de rédiger les textes législatifs et réglementaires relatifs à ce contrôle. Cette coordination doit être organisée sous l'égide de la CNSA.

Il semble indispensable de prévoir la création d'un comité d'animation des contrôles à l'échelon national réunissant les directions d'administrations centrales et les caisses de sécurité sociale concernées, ainsi que le Défenseur des droits, afin de définir des orientations nationales et donner des impulsions aux réseaux déconcentrés.

Opérationnellement, il revient donc à la CNSA d'organiser des réunions régulières des membres de ce comité, dont la composition aura été définie par décret.

Ce comité doit être décliné à l'échelon départemental – c'est la recommandation n° 12 du rapport – avec un représentant du conseil départemental, afin de coordonner les actions de ces différents acteurs, ce qui n'a jamais été fait, et d'échanger des informations sur les actions menées de façon autonome.

Le renforcement et la coordination de ces contrôles doivent permettre de s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents et du bon usage des fonds publics.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Cet amendement vise à créer un comité de contrôle à l'échelon national, piloté par la CNSA : avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Nous n'avons pas là une bonne vision des missions de la CNSA.

Il s'agit d'un établissement public qui ne peut se voir attribuer, comme le proposent les auteurs de cet amendement, la mission régaliennne de fixer les orientations nationales en matière d'inspection-contrôle et de coordonner l'action des différents ministères en ce sens. Je pense qu'il y a méprise sur le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

De plus, il ne serait pas justifié de restreindre le périmètre d'un tel comité aux seuls Ehpad, ce qui conduirait à exclure de l'objectif de coordination des missions d'inspection-contrôle toutes les autres structures médico-sociales, notamment celles du secteur du handicap et celles relevant du champ de la cohésion sociale.

Toutefois, je suis particulièrement attentif au renforcement des contrôles des Ehpad, comme le montre cet article 32, et à la mobilisation de l'ensemble des administrations concernées.

Sur notre initiative, les différentes administrations centrales en service et en responsabilité des corps de contrôle de l'État dont la direction générale des finances publiques (DGFIP), la DGT, la DGCCRF, la CNSA et la Cnam ont été réunies régulièrement pour améliorer la cohérence et la lisibilité de l'action de l'État et renforcer la coordination et le partage d'informations sur le contrôle des Ehpad.

Par ailleurs, les contrôles diligentés par les directeurs généraux des ARS font l'objet d'un programme régional d'inspection-contrôle – les fameux Pric – annuel et établi en tout début d'exercice.

J'insisterai pour que les Pric établis à l'avenir organisent et formalisent davantage la coordination de la programmation des contrôles des ARS avec les autres autorités de contrôle.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Bonne, pour explication de vote.

M. Bernard Bonne. Monsieur le ministre, le véritable problème est justement que les ARS n'ont pu contrôler les groupes ! Il est possible de contrôler les Ehpad individuellement, mais pas les groupes.

Par ailleurs, le contrôle des groupes n'est pas coordonné à l'échelle nationale. Si vous ne voulez pas confier ce rôle à la CNSA, alors qu'elle pourrait très bien s'en charger, qui le fera ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 10 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

L'amendement n° 9 rectifié, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belrhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cadec, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Dumas et Di Folco, MM. B. Fournier, Frassa, Genet, Karoutchi et Klingler, Mme Lassarade, M. Lefèvre, Mmes M. Mercier, Malet et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat, Perrin, Piednoir et Pointereau, Mmes Raimond-Pavero et Richer, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Sido, Sol et Somon, Mme Thomas et M. Saury, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 4° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De conclure avec la personne physique ou morale qui contrôle, au sens de l'article L233-3 du code de commerce plusieurs établissements ou services mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un contrat pluriannuel d'objectifs. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et de développement d'établissements ou de services. »

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Cet amendement constitue la traduction législative de la recommandation n° 2 du rapport – nous les aurons presque toutes citées !

Avec Michelle Meunier, nous considérons qu'il faut associer la CNSA au pilotage stratégique du secteur et au développement d'un dialogue avec les groupes multigestionnaires d'Ehpad à l'échelle nationale.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une contractualisation entre les groupes et la CNSA, plutôt qu'entre les groupes et une ARS référente. Nous commencerions par les groupes privés lucratifs avant d'étendre le dispositif à tous les groupes intervenant dans le secteur des Ehpad.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement, qui tend à mettre en place un dialogue régulier entre les groupes et la CNSA, sous la forme d'une contractualisation souple.

Monsieur le ministre, lorsque la cinquième branche a été créée, il y a eu un débat assez important sur le rôle de la CNSA et sur sa capacité à piloter la branche. Les arguments de l'époque renaient tous ces missions de contrôle et d'animation, voire de coordination.

Les dispositions de cet amendement, comme celles du précédent, vont dans le bon sens et confortent les arguments visant à faire de la CNSA l'organe de pilotage de la branche.

M. René-Paul Savary. Tout à fait !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Il me semble que la contractualisation doit s'effectuer à l'échelle territoriale, et non nationale, pour des raisons d'efficacité et de subsidiarité.

Il appartient aux ARS de fixer ces objectifs, par le dialogue, établissement par établissement, pour répondre aux objectifs du territoire. J'y insiste, le rôle de la CNSA n'est pas d'exercer de telles missions.

M. le président. La parole est à Mme Nassimah Dindar, pour explication de vote.

Mme Nassimah Dindar. Monsieur le ministre, comme Mme Meunier et M. Bonne l'ont souligné dans leur rapport, les départements ont besoin d'avoir un interlocuteur national en charge de la coordination des politiques publiques de la dépendance.

Nous parlons des personnes âgées. Les ARS n'auront jamais la capacité de contrôler ou d'établir un véritable dialogue avec les établissements privés ou associatifs, et encore moins avec ceux à but lucratif à l'échelle européenne, situés dans des territoires aussi éloignés et excentrés que les nôtres.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 9 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

L'amendement n° 11 rectifié *ter*, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belrhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Di Folco et Dumas, MM. B. Fournier, Frassa, Genet, Karoutchi et Klingner, Mme Lassarde, M. Lefèvre, Mmes Malet, M. Mercier et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat, Perrin, Piednoir et Pointereau, Mmes Raimond-Pavero et Richer, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Sido, Sol et Somon, Mme Thomas et MM. J.P. Vogel et Saury, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le président du conseil départemental, ou son représentant, réunit tous les quatre mois les représentants des autorités, établissements et services disposant de compétences en matière de contrôle des établissements d'hébergement des personnes âgées. Un décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité.

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Je proposais de confier à la CNSA un rôle non pas régalien, mais de coordination des contrôles, ce qui est complètement différent. Il est tout de même nécessaire d'organiser cette coordination, monsieur le ministre ! *(Mme Pascale Gruny opine.)*

Cet amendement est la traduction législative de la recommandation n° 12 du rapport.

Il ressort de nos auditions que le niveau de coordination des missions d'inspection-contrôle entre les ARS, les conseils départementaux et d'autres acteurs – les directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP), par exemple – est hétérogène et plutôt de facture médiocre.

La mission d'information a donc préconisé l'instauration d'une réunion régulière rassemblant à la fois l'ARS et le département, mais également tous les services de l'État menant des contrôles dans le secteur des Ehpad, afin que leurs actions soient structurées et que l'échange d'informations s'intensifie. Une réunion tous les quatre mois semble un rythme idoine pour amorcer cette coopération.

Le renforcement et la coordination de ces contrôles doivent permettre de s'assurer de la qualité de la prise en charge des résidents et du bon usage des fonds publics.

Monsieur le ministre, vous avez annoncé la création de 120 postes, soit un par département. Sachant que bien souvent ces postes ne sont pas dédiés uniquement au contrôle, je crains donc que la mesure soit insuffisante.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Nous avons évoqué, à l'amendement précédent, la nécessité d'une animation et d'une coordination nationales.

Il s'agit ici d'organiser le contrôle départemental. C'est pour nous un point essentiel. J'aurais préféré une réunion deux fois par an, mais je sais que M. Bonne tient à la périodicité de quatre mois.

La commission émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Monsieur le sénateur, si j'ai émis un avis défavorable sur certains de vos amendements, il importe de dire que l'article 32 reprend une grande partie des propositions de votre rapport et s'inspire des discussions que nous avons eues à l'Assemblée nationale. Je veux y insister.

Dans les ARS, les moyens sont là : 2 700 agents issus de corps de contrôle y travaillent aujourd'hui, dont environ 500 sont affectés aux missions d'inspection. Les 120 ETP annoncés seront uniquement dédiés à ces missions de contrôle. Il s'agit donc de moyens extrêmement importants dans une période où l'on essaie, comme vous le savez, de faire attention à nos finances publiques.

Je reviens sur votre amendement et sur l'orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) que nous avons publiée pour décliner le plan d'inspection et de contrôle des 7 500 Ehpad dans un délai de deux ans.

L'Onic prévoit bien que les ARS associent systématiquement les départements à la démarche d'analyse des risques des établissements et des structures sur lesquels la compétence est conjointe. Elle prévoit également que l'ARS, dès que le

contexte local le permet, définit conjointement avec le département un programme d'inspection-contrôle commun des Ehpad et des établissements pour personnes en situation de handicap. À cet égard, votre amendement ne concerne que les Ehpad et non l'ensemble du secteur médico-social ou de la cohésion sociale au sens large.

Vos observations sont tout à fait justes, mais l'Onic prévoit encore que les ARS développent leur coopération avec les autres services de l'État opérant des contrôles en vue de partager les informations sur les signaux préoccupants relevés dans les établissements concernés.

Elle prévoit enfin que la coordination des différents services de l'État opérant des contrôles peut être élargie au comité opérationnel départemental anti-fraude.

Dès lors, il ne paraît pas nécessaire de prévoir ces modalités de coopération dans la loi, raison pour laquelle j'é mets un avis défavorable sur votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le ministre, vous avez mentionné les comités opérationnels départementaux anti-fraude (Codaf) : c'est extrêmement important, mais nous en restons pour l'instant à des vœux pieux !

Le rapport du Sénat a clairement montré que les échanges de données étaient insuffisants. Les trous dans les dispositifs servent toujours les fraudeurs. Il faut absolument mettre en musique les recommandations du rapport en les inscrivant dans le droit positif, et donc voter cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 11 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

L'amendement n° 121 rectifié, présenté par MM. Bonne, Anglars, Bascher et Belin, Mmes Belrhiti, Berthet et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Brisson, Burgoa, Cardoux, Chaize et Charon, Mmes Delmont-Koropoulis, Demas, Di Folco et Dumas, MM. B. Fournier, Frassa, Genet, Karoutchi, Klinger et G. Larcher, Mme Lassarade, M. Lefèvre, Mmes Malet, M. Mercier et Micouleau, MM. Paccaud, Pellevat et Perrin, Mme Phinera-Horth, M. Piednoir, Mmes Raimond-Pavero et Richer, MM. Rietmann, Sautarel, Savary, Sido, Sol et Somon, Mme Thomas et MM. J.P. Vogel et Sauray, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Après la deuxième phrase du deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il comporte des dispositions relatives au financement de l'évaluation de la qualité prévue à l'article L. 312-8 du même code » ;

2° Avant la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le contrat comporte des dispositions relatives au financement de l'évaluation de la qualité prévue à l'article L. 312-8 du même code. »

La parole est à M. Bernard Bonne.

M. Bernard Bonne. Monsieur le ministre, j'espère avoir cette fois un peu plus de succès ; je regrette en effet que vous ayez émis un avis défavorable sur tous les amendements que j'ai proposés.

Dans le cadre de la réforme de l'évaluation de la qualité des prestations au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), c'est-à-dire l'ensemble des établissements, au-delà des seuls Ehpad, entrée en vigueur en 2022, ces établissements devront faire appel à un organisme extérieur accrédité par le Comité français d'accréditation (Cofrac) ou un organisme européen équivalent pour réaliser cette évaluation, qui leur sera donc facturée.

Les ESMS devront ainsi transmettre les résultats de leur évaluation ou bien tous les cinq ans, selon une programmation annuelle définie par les autorités de contrôle et de tarification ayant délivré l'autorisation, ou bien suivant les échéances prévues dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le coût sera variable d'un établissement à un autre, mais aussi d'un organisme accrédité à un autre.

Cet amendement tend à ce que la charge financière relative au coût de l'évaluation des ESMS soit intégrée directement à leur CPOM, notamment aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. La Haute Autorité de santé a finalement publié, en mars 2022, le premier référentiel d'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux. Encore un dossier dont l'instruction a accéléré du fait de l'affaire Orpea !

Cet amendement vise à prévoir des modalités de prise en charge financière par l'intermédiaire des CPOM. Rappelons que les contrôles doivent être réalisés par des organismes extérieurs, ce qui représente un coût pour les structures.

La commission est favorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Je vais vous décevoir, monsieur le sénateur Bonne, car je suis également défavorable à cet amendement.

L'évaluation de la qualité de l'accompagnement de ces établissements constitue une obligation légale, qui s'impose de manière transversale à l'ensemble des ESMS.

Il ne s'agit donc pas d'un objectif d'activité pouvant donner lieu à une contractualisation entre l'ESMS et son autorité de tutelle. Dès lors, il ne paraît pas justifié d'en prévoir la charge financière, qui n'est d'ailleurs que de quelques milliers d'euros, dans le CPOM. Celui-ci pourrait, en revanche, financer des actions spécifiques au sein de chaque structure visant à l'amélioration de la qualité.

De façon générale, il me semble que ces amendements auront pour conséquence de rigidifier fortement le système. Ils témoignent également d'une défiance importante à l'égard des administrations centrales et des administrations déconcentrées.

Qu'il y ait eu défaillance, nous le reconnaissons. Qu'il y ait un manque de moyens, nous le reconnaissons également. Or le PLF comme le PLFSS y répondent en apportant les moyens nécessaires. Le choc a eu lieu. Nos administrations et les agences régionales de santé, tout comme les autres corps

d'inspection, sont dorénavant pleinement tournées vers cette nécessité d'une plus grande transparence et d'un plus grand contrôle de ces activités.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 121 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

L'amendement n° 81, présenté par M. Mouiller, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « intègre », sont insérés les mots : « un plan de maîtrise des risques professionnels et ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Dans son enquête, qui a été présentée à la commission des affaires sociales, la Cour des comptes observe que le secteur médico-social se caractérise par un nombre de journées d'arrêt de travail, du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, trois fois supérieur à la moyenne constatée pour l'ensemble des secteurs d'activité en France.

Cet amendement vise à obliger les autorités de tutelle et les établissements et services médico-sociaux à développer des plans de maîtrise des risques professionnels dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les parties. Les autorités de tutelle pourraient articuler cette obligation contractuelle avec une incitation financière pour les établissements ayant développé des actions de prévention et réduit leur sinistralité.

Cette contractualisation viendra en sus des actions menées par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Toutefois, le Gouvernement pourrait utilement la compléter par l'adjonction d'un bonus sur les cotisations des Ehpad, dans le cadre des dispositions de l'arrêté du 9 décembre 2010 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou d'avances ou de subventions ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Cet amendement procède d'une vraie volonté d'accompagner les établissements qui réalisent cet effort particulier et nécessaire sur les accidents du travail.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous allons examiner cette question dans le cadre du volet « bien vieillir » du Conseil national de la refondation, dont l'une des dimensions concerne les métiers.

Par ailleurs, nous allons également y travailler dans le cadre de la renégociation de la future convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP. Comme vous, il me semble important d'obliger les opérateurs, les établissements et les groupes à s'y intéresser.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Si je comprends bien votre argumentaire, monsieur le ministre, vous émettez un avis défavorable sur cet amendement, parce que vous avez prévu de faire la même chose dans les mois qui viennent ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Le *timing* n'est pas bon.

M. le président. La parole est à Mme Pascale Gruny, pour explication de vote.

Mme Pascale Gruny. Si le Gouvernement s'apprête à faire la même chose, je ne vois pas pourquoi il émet un avis défavorable.

La question des troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle est très importante. Il faut vraiment envoyer des messages et y mettre de l'argent.

On impose des transferts de la branche AT-MP vers la branche maladie, alors qu'il serait préférable de conserver cet argent pour la formation aux gestes et l'accompagnement des personnels – je déposerai d'ailleurs un amendement en ce sens.

Il est essentiel de garder les personnels au travail en bonne santé. Dans le secteur médico-social, les activités sont particulièrement physiques et fatigantes. Il faut vraiment accompagner les établissements pour éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Madame la sénatrice, nous voulons prendre le temps nécessaire pour expertiser cette mesure. Travaillons-y dans le cadre du CNR. Travaillons-y avec la branche. Nous l'inscrirons, ensemble, dans le prochain PLFSS. *(Marques d'ironie sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. Dans un an !

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Pour l'heure, c'est trop tôt !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 81.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32.

L'amendement n° 374 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 992 rectifié *bis*, présenté par Mme Meunier, M. Fichet, Mme Van Heghe, M. Bourgi, Mmes Féret et Jasmin, M. P. Joly, Mme Le Houerou, MM. Antiste, Montaugé, Redon-Sarrazy, Mérillou, Michau, Pla, Marie, Cardon et Tissot, Mmes Blatrix Contat et Monier et M. Stanzione, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022. Ce rapport s'attache notamment à examiner l'impact des revalorisations salariales accordées aux personnels travaillant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur les difficultés de recrutement vécues par ces établissements, et plus largement sur leur

capacité à respecter un taux d'encadrement des résidents par le personnel soignant d'au moins six professionnels pour dix résidents.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à ce qu'un rapport sur la définition d'un taux d'encadrement de personnels soignants soit remis au Parlement.

Lors de la publication du livre *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet, nous avons tous été scandalisés, à juste titre, par le manque de personnels soignants pour nos aînés.

Par ailleurs, le rapport Libault, remis au Gouvernement en 2019, préconise une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici à 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès des personnes âgées.

Nous sommes actuellement loin du compte. Il convient d'agir pour la santé de nos aînés.

Cet amendement a été rédigé en concertation avec l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (Unccas).

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. Mes chers collègues, vous connaissez tous la doctrine sénatoriale sur les demandes de rapport.

Le projet de loi est arrivé au Sénat après l'inscription de onze demandes de rapport à l'Assemblée nationale sur la seule partie relative à l'autonomie. Les amendements déposés par les membres de notre Haute Assemblée tendent à ajouter encore dix-neuf demandes, soit trente rapports au total !

J'entends bien que ces demandes sont un vecteur essentiel pour nourrir le débat et aborder certains sujets dans l'hémicycle. Celui-ci est certes fondamental, mais je serai défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. L'amendement est satisfait, puisque l'article 33 *sexies* prévoit déjà un rapport sur le sujet. J'en sollicite donc le retrait ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Le Houerou, l'amendement n° 992 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Annie Le Houerou. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 992 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 211 rectifié est présenté par Mme Joseph, MM. Panunzi, Cadec et Burgoa, Mme Noël, MM. Belin, Brisson et Karoutchi, Mme Estrosi Sassone, M. Charon, Mme Dumont, M. Levi, Mmes Gosselin et Drexler, M. Piednoir, Mmes Dumas et Renaud-Garabedian, MM. Gremillet et Bansard et Mme Canayer.

L'amendement n° 1087 rectifié est présenté par Mme Meunier, MM. Jomier et Kanner, Mmes Lubin, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Jasmin, Le Houerou, Poumirol et Rossignol, MM. Chantrel et P. Joly, Mme G. Jourda, MM. Mérillou, Redon-Sarrazy et Stanzione, Mmes Artigal et Briquet, MM. Cozic et Marie, Mme Monier, MM. Montaugé et Pla, Mme Prévile,

MM. Sueur et Tissot, Mme Carlotti, MM. Devinez, Gillé, Kerrouche, Temal et J. Bigot, Mme Bonnefoy et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport établissant un état des lieux précis du nombre et de la localisation des places éligibles à l'aide sociale à l'hébergement présentes dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Ce rapport veille à distinguer les places éligibles en fonction du statut juridique de l'établissement d'accueil. Enfin, il s'attache à étudier les hypothèses de la création d'un seuil minimal obligatoire de places éligibles à l'aide sociale à l'hébergement dans chaque établissement, indifféremment du statut juridique de ces derniers.

L'amendement n° 211 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour présenter l'amendement n° 1087 rectifié.

Mme Annie Le Houerou. Je connais déjà le sort qui sera réservé à cet amendement, puisqu'il tend lui aussi à demander un rapport...

Cependant, je souhaite vous alerter sur la grande disparité, suivant le statut juridique des établissements, dans les habitations à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). La Drees estime que seuls 40 % des Ehpad privés sont habilités à l'aide sociale à l'hébergement, contre l'intégralité des Ehpad publics et 89 % des établissements associatifs.

Ce manque de places conventionnées à l'aide sociale à l'hébergement dans le secteur privé est plus que pénalisant pour les résidents au regard de l'importance prise par ce secteur dans l'hébergement des personnes âgées. Cela prive de nombreux résidents de la possibilité de bénéficier de l'ASH, alors qu'une personne hébergée en Ehpad sur deux a un reste à charge supérieur à ses ressources courantes.

C'est pourquoi il est nécessaire de travailler à la création d'un seuil minimal obligatoire de places éligibles à l'ASH dans les Ehpad, quel que soit leur statut. Pour ce faire, il convient de disposer de données objectives et d'hypothèses de travail permettant de créer ce seuil minimal.

Tel est l'objet de cet amendement, dont les dispositions ont été rédigées en concertation avec l'UFC-Que Choisir.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Philippe Mouiller, rapporteur. La commission est bien entendu défavorable à cet amendement.

Ma chère collègue, pour gagner du temps, vous pouvez demander ces informations directement à la CNSA, qui vous les transmettra automatiquement. Nul besoin de rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jean-Christophe Combe, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1087 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 32 bis
(nouveau)

Au deuxième alinéa du II de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, le montant : « 500 € » est remplacé par le montant : « 1 000 € ». – *(Adopté.)*

Article 32 ter
(nouveau)

À la deuxième phrase du premier alinéa du III de l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, le taux : « 1 % » est remplacé par le taux : « 5 % ». – *(Adopté.)*

M. le président. Mes chers collègues, nous avons examiné 158 amendements au cours de la journée ; il en reste 146 à examiner sur ce texte.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

6

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au samedi 12 novembre 2022 :

À neuf heures trente, quatorze heures trente et, éventuellement, le soir :

Suite du projet de loi, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2023 (texte n° 96, 2022-2023).

Personne ne demande la parole?...
La séance est levée.

(La séance est levée à dix-huit heures.)

NOMINATION DE MEMBRES
D'UNE ÉVENTUELLE
COMMISSION MIXTE PARITAIRE

La liste des candidats désignés par la commission des affaires sociales pour faire partie de l'éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a été publiée conformément à l'article 8 quater du règlement.

Aucune opposition ne s'étant manifestée dans le délai d'une heure prévu par l'article 8 quater du règlement, cette liste est ratifiée. Les représentants du Sénat à cette éventuelle commission mixte paritaire sont :

Titulaires : Mmes Catherine Deroche, Élisabeth Doineau, M. Philippe Mouiller, Mme Corinne Imbert, M. Bernard Jomier, Mme Michelle Meunier et M. Martin Lévrier ;

Suppléants : M. René-Paul Savary, Mmes Pascale Gruny, Chantal Deseyne, M. Olivier Henno, Mmes Monique Lubin, Véronique Guillotin et Laurence Cohen.

*Pour le Directeur des comptes rendus du Sénat,
le Chef de publication*

FRANÇOIS WICKER

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du jeudi 10 novembre 2022

SCRUTIN N° 45

sur l'amendement n° 1064 rectifié, présenté par Mme Annie Le Houerou et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, tendant à insérer un article additionnel après l'article 25 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour 2023, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	330
Pour	107
Contre	223

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (145) :

Contre : 143

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Pascale Gruny, Président de séance

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (57) :

Pour : 1 Mme Nadia Sollogoub

Contre : 56

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (24) :

Contre : 24

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (15) :

Pour : 15

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (14) :

Pour : 1 M. Daniel Chasseing

Abstentions : 13

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (14) :

Pour : 14

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (3) :

N'ont pas pris part au vote : 3 Mme Esther Benbassa, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Maurice Antiste Cathy Apourceau-Poly Stéphane Artano Viviane Artigalas Éliane Assassi David Assouline Jérémy Bacchi Guy Benarroche Joël Bigot Christian Bilhac Florence Blatrix Contat Éric Bocquet Nicole Bonnefoy Denis Bouad Hussein Bourgi Daniel Breuille Isabelle Briquet Céline Brulin Henri Cabanel Rémi Cardon Marie-Arlette Carlotti Maryse Carrère Yan Chantrel Daniel Chasseing Laurence Cohen Catherine Conconne Hélène Conway-Mouret Jean-Pierre Corbisez Thierry Cozic Cécile Cukierman Ronan Dantec Nathalie Delattre Gilbert-Luc Devinaz Thomas Dossus Jérôme Durain Vincent Éblé Frédérique Espagnac	Rémi Féraud Corinne Féret Jacques Fernique Bernard Fialaire Jean-Luc Fichet Martine Filleul Fabien Gay Hervé Gillé Éric Gold Guillaume Gontard Michelle Gréaume Jean-Noël Guérini Véronique Guillotin André Guiol Laurence Harribey Jean-Michel Houllégatte Olivier Jacquin Victoire Jasmin Éric Jéansannetas Patrice Joly Bernard Jomier Gisèle Jourda Patrick Kanner Éric Kerrouche Marie-Pierre de La Gontrie Joël Labbé Gérard Lahellec Pierre Laurent Jean-Yves Leconte Annie Le Houerou Marie-Noëlle Lienemann Jean-Jacques Lozach Monique Lubin Victorin Lurel Jacques-Bernard Magnier	Monique de Marco Didier Marie Serge Mérillou Michelle Meunier Jean-Jacques Michau Marie-Pierre Monier Franck Montaugé Pierre Ouzoulias Gylyène Pantel Paul Toussaint Parigi Sebastien Pla Raymonde Poncet Monge Émilienne Poumirol Angele Préville Claude Raynal Christian Redon-Sarrazy Jean-Claude Requier Sylvie Robert Gilbert Roger Laurence Rossignol Jean-Yves Roux Daniel Salmon Pascal Savoldelli Nadia Sollogoub Lucien Stanzione Jean-Pierre Sueur Rachid Temal Jean-Claude Tissot Jean-Marc Todeschini Mickaël Vallet André Vallini Sabine Van Heghe Marie-Claude Varailles Yannick Vaugrenard Mélanie Vogel
---	---	--

Ont voté contre :

Pascal Allizard Jean-Claude Anglars Jean-Michel Arnaud Serge Babary Jean Bacci Jean-Pierre Bansat Julien Bargeton	Philippe Bas Jérôme Bascher Arnaud Bazin Arnaud de Belenet Bruno Belin Nadine Bellurot Catherine Belrhiti	Martine Berthet Annick Billon Étienne Blanc Jean-Baptiste Blanc Christine Bonfant-Dossat François Bonhomme
---	---	---

François Bonneau
Bernard Bonne
Philippe Bonnacarrère
Michel Bonnus
Alexandra Borchio
Fontimp
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-
Espéronnier
Yves Bouloux
Toine Bourrat
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Max Brisson
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Laurent Burgoa
Alain Cadec
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canévet
Vincent Capo-
Canellas
Jean-Noël Cardoux
Alain Cazabonne
Samantha Cazebonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Marie-Christine
Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Michel Dagbert
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe
Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Annie Delmont-
Koropoulis
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Michel Dennemont
Catherine Deroche
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Brigitte Devésa
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Gilbert Favreau
Françoise Férat
Philippe Folliot
Bernard Fournier

Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Amel Gacquerre
Laurence Garnier
Joëlle Garriaud-
Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Charles Guené
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Abdallah Hassani
Nadège Havet
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Jean-Marie Janssens
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste Lemoigne
Jacques Le Nay
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Valérie Létard
Pierre-Antoine Levi
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Viviane Malet
Didier Mandelli
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Pascal Martin
Hervé Maurey
Thierry Meignen
Marie Mercier

Abstentions :

Emmanuel Capus
Jean-Pierre Decool
Jean-Pierre Grand

Joël Guerriau
Jean-Louis Lagourgue
Claude Malhuret

Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed
Soilihi
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-
Bronn
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougain
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-
Horth
Stéphane Piednoir
Kristina Pluchet
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Catherine Procaccia
Frédérique Puissat
Daphné Ract-Madoux
Isabelle Raimond-
Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Teva Rohfritsch
Bruno Rojouan
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
René-Paul Savary
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Laurent Somon
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel

Alain Marc
Pierre Médevielle
Colette Mélot

Franck Menonville
Vanina Paoli-Gagin
Pierre-Jean Verzelen
Dany Wattedled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat

Pascale Gruny,
Président de séance
Esther Benbassa

Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

SCRUTIN N° 46

sur les amendements identiques n° 798, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, et n° 1074 rectifié, présenté par Mme Émilienne Poumirol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, à l'article 30 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour 2023, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	341
Pour	105
Contre	236

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (145) :**

Contre : 144

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (57) :

Pour : 1 Mme Nathalie Goulet

Contre : 55

N'a pas pris part au vote : 1 M. Vincent Delahaye, Président de séance

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (24) :

Contre : 24

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (15) :

Pour : 15

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (14) :

Contre : 13

Abstention : 1 M. Daniel Chasseing

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (14) :

Pour : 13

Abstention : 1 Mme Véronique Guillotin

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (12) :

Pour : 12

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (3) :

N'ont pas pris part au vote : 3 Mme Esther Benbassa, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Maurice Antiste	Rémi Féraud	Jacques-Bernard
Cathy Apourceau-Poly	Corinne Féret	Magner
Stéphane Artano	Jacques Fernique	Monique de Marco
Viviane Artigalas	Bernard Fialaire	Didier Marie
Éliane Assassi	Jean-Luc Fichet	Serge Mérillou
David Assouline	Martine Filleul	Michelle Meunier
Jérémy Bacchi	Fabien Gay	Jean-Jacques Michau
Guy Benarroche	Hervé Gillé	Marie-Pierre Monier
Joël Bigot	Éric Gold	Franck Montaugé
Christian Bilhac	Guillaume Gontard	Pierre Ouzoulias
Florence Blatrix	Nathalie Goulet	Guyène Pantel
Contat	Michelle Gréaume	Paul Toussaint Parigi
Éric Bocquet	Jean-Noël Guérini	Sebastien Pla
Nicole Bonnefoy	André Guiol	Raymonde Poncet
Denis Bouad	Laurence Harribey	Monge
Hussein Bourgi	Jean-Michel	Émilienne Poumirol
Daniel Breuille	Houllegatte	Angele Prévile
Isabelle Briquet	Olivier Jacquin	Claude Raynal
Céline Brulin	Victoire Jasmin	Christian Redon-
Henri Cabanel	Éric Jeansannetas	Sarrazy
Rémi Cardon	Patrice Joly	Jean-Claude Requier
Marie-Arlette Carlotti	Bernard Jomier	Sylvie Robert
Maryse Carrère	Gisèle Jourda	Gilbert Roger
Yan Chantrel	Patrick Kanner	Laurence Rossignol
Laurence Cohen	Éric Kerrouche	Jean-Yves Roux
Catherine Conconne	Marie-Pierre de La	Daniel Salmon
Hélène Conway-	Gontrie	Pascal Savoldelli
Mouret	Joël Labbé	Lucien Stanzione
Jean-Pierre Corbisez	Gérard Labelle	Jean-Pierre Sueur
Thierry Cozic	Pierre Laurent	Rachid Temal
Cécile Cukierman	Jean-Yves Leconte	Jean-Claude Tissot
Ronan Dantec	Annie Le Houerou	Jean-Marc Todeschini
Nathalie Delattre	Marie-Noëlle	Mickaël Vallet
Gilbert-Luc Devinaz	Lienemann	André Vallini
Thomas Dossus	Jean-Jacques Lozach	Sabine Van Heghe
Jérôme Durain	Monique Lubin	Marie-Claude Varaillas
Vincent Eblé	Victorin Lurel	Yannick Vaugrenard
Frédérique Espagnac		Mélanie Vogel

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Michel Bonus	Alain Cazabonne
Jean-Claude Anglars	Alexandra Borchio	Samantha Cazebonne
Jean-Michel Arnaud	Fontimp	Anne Chain-Larché
Serge Babary	Gilbert Bouchet	Patrick Chaize
Jean Bacci	Céline Boulay-	Pierre Charon
Jean-Pierre Bansard	Espéronnier	Alain Chatillon
Julien Bargeton	Yves Bouloux	Patrick Chauvet
Philippe Bas	Toine Bourrat	Marie-Christine
Jérôme Bascher	Jean-Marc Boyer	Chauvin
Arnaud Bazin	Valérie Boyer	Guillaume Chevrollier
Arnaud de Belenet	Max Brisson	Marta de Cidrac
Bruno Belin	François-Noël Buffet	Olivier Cigolotti
Nadine Bellurot	Bernard Buis	Édouard Courtial
Catherine Belrhiti	Laurent Burgoa	Pierre Cuypers
Martine Berthet	Alain Cadec	Michel Dagbert
Annick Billon	Olivier Cadic	Laure Darcos
Étienne Blanc	François Calvet	Mathieu Darnaud
Jean-Baptiste Blanc	Christian Cambon	Marc-Philippe
Christine Bonfanti-	Agnès Canayer	Daubresse
Dossat	Michel Canévet	Jean-Pierre Decool
François Bonhomme	Vincent Capo-	Bernard Delcros
François Bonneau	Canellas	Annie Delmont-
Bernard Bonne	Emmanuel Capus	Koropolis
Philippe Bonnacarrère	Jean-Noël Cardoux	Patricia Demas

Stéphane Demilly
Michel Dennemont
Catherine Deroche
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Brigitte Devésa
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Gilbert Favreau
Françoise Férat
Philippe Folliot
Bernard Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Amel Gacquerre
Laurence Garnier
Joëlle Garriaud-
Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Grunty
Charles Guené
Daniel Gueret
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Abdallah Hassani
Nadège Havet
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Jean-Marie Janssens
Else Joseph

Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste
Lemoine
Jacques Le Nay
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Valérie Létard
Pierre-Antoine Levi
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Pascal Martin
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed
Soilihi
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-
Bronn
Philippe Nachbar
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougéin

Abstentions :

Daniel Chasseing, Véronique Guillotin.

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat

Vincent Delahaye,
Président de séance
Esther Benbassa

Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Georges Patient
François Priat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezech
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-
Horth
Stéphane Piednoir
Kristina Pluchet
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Catherine Procaccia
Frédérique Puissat
Daphné Ract-Madoux
Isabelle Raimond-
Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Teva Rohfritsch
Bruno Rojouan
Denise Saint-Pé
Hugues Sauray
Stéphane Sautarel
René-Paul Savary
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Dany Wattedled