

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition de M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, Mme Aurore Bergé, ministre des solidarités et des familles, et M. Thomas Cazenave, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1682)..... 2
- Présences en réunion..... 36

Mercredi

11 octobre 2023

Séance de 16 heures 30

Compte rendu n° 7

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

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



La réunion commence à seize heures trente-cinq.

La commission auditionne M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, Mme Aurore Bergé, ministre des solidarités et des familles, et M. Thomas Cazenave, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1682).

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Comme de coutume, cette audition des ministres sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 sera l'occasion d'une discussion générale du texte. Nous en viendrons à la discussion des articles la semaine prochaine, du mardi après-midi au jeudi après-midi.

Nous constatons de nouveau cette année les effets bénéfiques de la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale adoptée en 2022, qui nous permet de disposer de plus de temps pour examiner le texte : celui-ci a été déposé sur le bureau de notre assemblée le 27 septembre dernier et le délai de dépôt des amendements en commission expire ce vendredi à treize heures.

M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention. Nul n'ignore le contexte global de cette audition : tensions hospitalières, difficultés d'accès aux soins pour nos concitoyens, hétérogénéité de cet accès selon les territoires de la République, auxquels s'ajoutera la mobilisation de la médecine libérale ce vendredi. Des éléments sont plus positifs : les campagnes de recrutement à l'hôpital, les plus satisfaisantes depuis dix ans, et la reprise de l'activité hospitalière. Le contexte est donc contrasté, mais reste tendu et difficile. L'audition va nous permettre d'évoquer une partie des sujets les plus importants pour notre protection sociale et pour la santé.

Je salue les membres des différents groupes qui ont bien voulu participer aux entretiens organisés dans les bâtiments des ministères sociaux. Ils ont été utiles et ces espaces de discussion sont précieux, même si ce n'est qu'entre les murs de l'Assemblée que la loi est adoptée et que les débats les plus politiques peuvent avoir lieu et avoir une portée. Au-delà de l'exercice budgétaire, l'examen des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) est en effet l'un de nos rendez-vous politiques les plus essentiels, même s'il n'est pas le plus lisible pour nos compatriotes. Il permet à la fois de mesurer le chemin parcouru, y compris à très court terme – la mise en œuvre de la LFSS 2023 –, mais aussi de présenter le cap que le Gouvernement propose au Parlement.

Les derniers exercices ont apporté des moyens inédits pour protéger notre pays, nos concitoyens et notre système de santé tout au long de la crise du covid, mais aussi pour procéder aux revalorisations indispensables des personnels soignants et préserver leur pouvoir d'achat des effets de l'inflation.

Celle-ci reste élevée et la trajectoire financière de la sécurité sociale est dégradée, les deux branches maladie et vieillesse étant particulièrement déficitaires. Le déficit de la branche maladie s'est certes résorbé en partie, passant de 21 milliards d'euros en 2022 à 9,5 milliards en 2023, mais nous mesurons le chemin qui reste à parcourir pour revenir à l'équilibre.

Ce dernier n'est pas une fin en soi, mais la soutenabilité est la condition de la pérennité du système assurantiel public, protecteur et universel qu'il nous incombe de protéger pour le transmettre aux générations à venir. C'est donc un cap incontournable. Toutefois, nous ne pouvons risquer d'amoindrir nos efforts de soutien aux publics que nous devons accompagner ou de repousser des mesures d'investissement absolument nécessaires à la consolidation et à la modernisation de notre système de santé.

Le PLFSS vise donc, d'une part, à poursuivre l'investissement dans le système de santé et sa transformation en donnant la priorité à l'accès aux soins et aux produits de santé, à la valorisation de l'engagement des soignants et au virage de la prévention, et, d'autre part, à renforcer la pertinence des dépenses et la responsabilité de tous les acteurs face à la croissance des dépenses de santé, grâce à des mesures d'économies et de recettes permettant également d'améliorer l'efficacité du système. Je parle d'économies, mais le budget de la sécurité sociale augmente par rapport aux années précédentes : les économies que nous envisageons portent sur le tendanciel de dépenses.

Pour concrétiser ce double engagement, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) progressera de 3,2 %, hors dépenses liées à la crise sanitaire, soit une augmentation supérieure à l'inflation prévisionnelle, laquelle est de 2,5 % hors tabac. Outre qu'il faudra faire des efforts de maîtrise de la croissance de la dépense s'agissant du tendanciel, il y a un enjeu démocratique dans le fait de présenter au Parlement un budget qui pourra certes être révisé, mais pas dans les proportions observées pendant la période du covid ou pendant celle de l'inflation maximale : il ne s'agit pas de voter un objectif de dépenses qui ne serait pas conforme à notre ligne et auquel nous saurions pouvoir déroger.

Cette évolution globale s'applique à un niveau d'Ondam pour 2023 lui-même revu à la hausse de 2,8 milliards d'euros, pour intégrer les revalorisations salariales et la dynamique des soins de ville.

Le virage de la prévention est une formule que l'on entend depuis longtemps, mais j'entends conduire en la matière une véritable politique, adossée à une bataille culturelle qui doit concerner chacun dès le plus jeune âge. C'est d'elle que relève le financement de plusieurs mesures et campagnes de santé publique, dont la grande campagne de vaccination contre les infections liées au papillomavirus, prise en charge à 100 % dans tous les collèges pour les élèves de cinquième – les premières injections ont déjà débuté –, la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans ou la prise en charge des protections menstruelles réutilisables pour les jeunes femmes et les plus précaires. Ces deux derniers dispositifs ont pu être considérés comme des gadgets, mais le recours massif dont ils font l'objet montre qu'ils n'ont rien d'accessoire.

La prévention est également un enjeu majeur dans d'autres chantiers : santé des femmes, santé mentale, lutte contre les addictions et le tabac – le programme national de lutte contre le tabac sera présenté prochainement.

Par ailleurs, l'investissement dans la prévention n'est pas seulement de moyen ou de long terme. On le verra dans le cadre du PLFSS, mais aussi avec la mobilisation de crédits de France 2030. Je pense notamment à la mise à disposition d'un traitement d'immunisation contre la bronchiolite, qui, au-delà de son intérêt pour la santé des plus jeunes, permettra de réaliser des économies sur les hospitalisations.

Dans la lignée des avancées en faveur d'un meilleur partage des compétences et d'un accès plus direct aux professionnels dans un système de santé au fonctionnement modernisé, notamment grâce à la proposition de loi de Stéphanie Rist, le PLFSS permet d'étendre les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) pour les angines – 6 millions de consultations médicales par an – et les cystites – 3 millions. Cette mesure va dans le même sens que le travail déjà réalisé en matière d'élargissement des compétences vaccinales, notamment concernant les pharmaciens, pour améliorer l'accès aux soins grâce à ces professionnels de proximité, qui représentent bien souvent une porte d'entrée dans le système de santé. C'était toute la philosophie de la même proposition de loi.

Moderniser notre système de santé pour améliorer l'accès aux soins, c'est aussi s'appuyer sur les expérimentations et initiatives développées localement.

Ainsi, le PLFSS prévoit la création d'un forfait pluriacteurs permettant de financer des équipes de soins dans une logique de généralisation de certaines expérimentations issues du dispositif dit de l'article 51. En clair, de nombreuses maisons de santé pluriprofessionnelles sont prêtes à s'engager dans un dispositif de financement global et populationnel, ce qui est une bonne chose pour la santé publique. Cette mesure permet l'entrée dans le droit commun de dispositifs reposant sur une logique de parcours de coopération entre la ville, l'hôpital et le médico-social, et d'un financement innovant qui permet aussi la prise en charge de nouvelles prestations dans le cadre de forfaits, telles que l'activité physique adaptée.

Une mesure majeure du PLFSS est la réforme du financement des établissements de santé. Près de vingt ans après l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A), ses effets positifs comme ses limites, largement documentés, ont conduit depuis 2017 à une stratégie de diversification des sources de financement. Nous proposons dans le PLFSS une réforme globale et de long terme mettant fin au caractère central de la T2A au profit d'une part structurante de la rémunération fondée sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle d'un territoire et permettant une rémunération effective des missions réalisées par chacun.

L'accès aux soins implique une attention toujours plus grande aux plus précaires et à la justice sociale. Le texte prévoit donc une meilleure articulation de la complémentaire santé solidaire (C2S) avec certains minima sociaux, dont l'allocation aux adultes handicapés, pour permettre à nos concitoyens les plus fragiles de bénéficier plus facilement d'une assurance maladie complémentaire.

L'accès aux médicaments et aux produits de santé préoccupe tous nos concitoyens. Le PLFSS permet de compléter les outils de gestion des tensions d'approvisionnement et des situations de pénurie que nous connaissons malheureusement depuis plusieurs années, en France comme dans la plupart des pays européens. Je songe notamment à la dispensation à l'unité ou encore à la limitation des prescriptions par téléconsultation en situation de tension et de pénurie. C'est d'ailleurs aussi une forme de prévention, en raison des conséquences sur l'antibiorésistance.

Enfin, le PLFSS prévoit des efforts d'amélioration de l'accès aux médicaments et actes de diagnostic innovants, sans que cela se fasse au détriment de l'accès aux produits plus matures, essentiels pour soigner les Français au quotidien.

Le second grand axe du texte consiste à garantir la soutenabilité de notre modèle social par la maîtrise des dépenses et la poursuite de l'investissement dans le système de santé.

Il faut maîtriser la hausse des dépenses de santé et assumer certaines mesures d'économie et d'efficacité nouvelles pour permettre les investissements nécessaires au maintien de notre modèle social protecteur. Ces mesures d'économies sont de deux types : des efforts pour renforcer l'efficacité et la pertinence des soins, d'une part ; d'autre part, des actions liées aux dynamiques les plus rapides observées, par exemple en matière d'arrêts de travail ou d'achats de médicaments, qui connaissent une progression de plus de 7 % cette année.

Les économies prévues par le texte par rapport au tendanciel de progression des dépenses sont de 3,5 milliards d'euros. Il s'agit d'assurer la soutenabilité du système, mais aussi de financer des instruments d'attractivité. Des mesures de transferts de dépenses et de responsabilisation des assurés sont également programmées, dont la plus grande participation des organismes complémentaires ou l'évolution des tarifs journaliers de soins hospitaliers. S'y ajoutent des économies classiques sur les produits de santé par la baisse du prix des médicaments et la maîtrise des volumes. Nous souhaitons également veiller à la pertinence des dépenses d'arrêts maladie, compte tenu de la très forte dynamique des dépenses d'indemnités journalières observée ces dernières années – 16 milliards d'euros en 2022 contre 11 milliards en 2010 –, qui n'est que partiellement liée à l'amélioration du marché de l'emploi. Il s'agit de responsabiliser chacun sans stigmatiser personne : sont concernés les professionnels comme les assurés ou les employeurs. Comme l'a rappelé la Première ministre, nous y travaillerons dans le cadre de la conférence sociale. Ce sera sans doute également un sujet important du dialogue conventionnel avec les médecins libéraux, que je souhaite, je l'ai dit, reprendre rapidement.

Ces mesures sont en lien avec l'effort massif en faveur de celles et ceux qui s'engagent dans les établissements de santé et médico-sociaux. Sans attendre l'échéance du PLFSS, nous avons déjà déployé de très importants moyens pour les agents, pour les soignants : les mesures dites Guerini pour soutenir les agents face à l'inflation et la hausse du point d'indice de 3,5 % ; la pérennisation et le renforcement des mesures d'attractivité en faveur du travail de nuit et des week-ends et de la permanence des soins ; le tout à partir du socle de rémunération déjà significativement rehaussé grâce au Ségur. Mentionnons également les revalorisations conventionnelles conclues avec plusieurs professions libérales de santé et matérialisées par des engagements importants, trop peu soulignés, pour l'exercice de nouvelles missions dans le cadre d'un exercice coordonné et au service des plus fragiles.

Mme Aurore Bergé, ministre des solidarités et des familles. En complément de nos discussions lors des comptes de Ségur, cette audition est l'occasion de vous présenter les grands axes de la politique que je souhaite mener au service de toutes les familles et de continuer à coconstruire avec vous les améliorations pouvant être apportées au PLFSS.

Mon ministère est au cœur des services publics et du quotidien de nos concitoyens. Parce qu'il s'agit de nos enfants, de leur prise en charge et de leur protection, de nos aînés, de leur maintien à domicile, des personnes en situation de handicap et de leur place au cœur de notre société, et parce que toutes les situations sont différentes, nous souhaitons veiller à ce que toutes les familles aient le plus de choix possibles s'agissant du soutien que notre système leur apporte.

Je me réjouis donc que ce texte permette trois grandes avancées. D'abord, nous renforçons le soutien et l'accompagnement de toutes les familles, en cohérence avec ma conception universelle de la politique familiale, qui doit nous aider à relancer la natalité, priorité absolue de l'action de mon ministère. Ensuite, nous faisons grandir la branche autonomie pour relever le défi du vieillissement de la population et adapter notre société à ce changement majeur. Enfin, nous donnons de nouveaux moyens pour garantir l'inclusion et la participation des personnes en situation de handicap : le droit commun doit s'appliquer à tous.

Les familles sont, dans leur diversité, le premier maillon de notre société. Elles constituent le creuset des apprentissages fondamentaux, de la vie collective et de l'expression des solidarités. Le retour du terme « familles » dans la dénomination de mon ministère n'est pas un hasard : il s'agit de réaffirmer cette priorité politique. Je souhaite m'inscrire dans la lignée du choix fort que notre pays a fait après la guerre : aider toutes les familles et s'en donner les moyens.

La branche famille dépense plus de 50 milliards d'euros chaque année dans ce but. En 2024, ce montant connaît une hausse de 2 milliards. Cette politique familiale est loin de se résumer à une simple politique de redistribution : c'est avant tout une politique universelle destinée à accompagner les familles, à leur simplifier la vie et à leur laisser plus de liberté.

Pour mettre concrètement en œuvre cette politique familiale, le PLFSS intègre des aides monétaires – l'allocation de soutien familial, la pension alimentaire minimale, dont nous avons augmenté le montant de 50 % l'an dernier –, mais aussi de nouveaux moyens pour renforcer les services aux familles, simplifier leur vie et mieux répondre à leurs besoins en respectant leurs choix.

En 2024, les moyens consacrés à la politique familiale augmenteront, notamment afin de mettre en œuvre le chantier essentiel du service public de la petite enfance. Il vise à garantir à tout parent l'accès à une solution d'accueil de qualité, en toute sécurité, que ce soit en crèche ou chez une assistante maternelle, et financièrement accessible. Ce sont 6 milliards qui y seront consacrés jusqu'en 2027 pour revaloriser nos professionnels de la petite enfance, premier maillon de cet accueil, soutenir l'investissement et le fonctionnement des crèches et engager la dynamique d'ouverture des 200 000 solutions d'accueil manquantes.

Parce qu'un enfant de 10 ans ne se garde pas seul et que chaque famille doit pouvoir accéder aux solutions adaptées à sa situation, les moyens continueront de monter en puissance en 2025, avec l'entrée en vigueur de l'extension de l'aide à la garde individuelle d'enfant pour les familles monoparentales et son adaptation à toutes les familles, afin que le reste à charge soit désormais le même en accueil individuel et en accueil collectif.

Je m'assure que ces moyens seront dépensés efficacement, au service de la qualité de la prise en charge et de la sécurité de nos enfants. Pas un seul des 200 millions d'euros réservés à la revalorisation des professionnels n'ira à des groupes, qu'ils soient publics, privés ou associatifs, qui ne respecteraient pas leurs engagements, notamment en ce qui concerne l'amélioration de leurs conventions collectives.

Enfin, je n'ignore pas l'écart grandissant entre le désir d'enfant de nos concitoyens et sa réalisation. La natalité est en baisse tendancielle depuis 2011. Le service public de la petite enfance est un élément important de la réponse à cette question. Vous pourrez compter sur ma mobilisation pour continuer à convaincre à ce sujet.

Plus que jamais, l'autonomie est au cœur de l'action de mon ministère. Du point de vue des solidarités, l'enjeu est la prise en compte de toutes les fragilités, l'exigence de garantir effectivement les droits de chacun et d'assurer la pleine participation de tous à la vie collective. Quant aux familles, elles sont toutes concernées par la perte d'autonomie – celle d'un enfant, d'un conjoint, d'une mère ou d'un grand-père. Il est de notre devoir de les accompagner et de prendre soin de ceux qui prennent soin des autres ; je pense aux 9 millions d'aidants.

C'est collectivement que nous relèverons les défis démographiques en adaptant dès maintenant notre société au vieillissement. En 2030, un Français sur trois aura plus de 60 ans et, pour la première fois de notre histoire, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans.

En cohérence avec cet engagement, l'objectif global de dépenses qui finance nos établissements pour personnes âgées et en situation de handicap augmentera de 4 % en 2024 ; c'est plus que les 2,5 % d'inflation anticipée.

Cette hausse importante des moyens traduit nos engagements envers les familles et les professionnels du secteur. Il s'agit d'abord de respecter le libre choix des individus. La première demande des Français est de pouvoir vieillir chez eux. C'est pour y répondre que nous avons entrepris le virage domiciliaire. Cela implique l'adaptation de nos logements grâce à MaPrimeAdapt', qui entrera en vigueur dès 2024. En outre, des moyens nouveaux sont inscrits dans le PLFSS pour développer de nouveaux centres de ressources territoriaux. Il s'agit enfin de décloisonner les interventions auprès des personnes âgées à domicile et de simplifier leurs démarches et celles de leur famille. C'est la logique du service public départemental de l'autonomie. L'objectif : un guichet unique, un accueil physique, humain, pour mettre fin au parcours du combattant trop souvent décrit par les familles de personnes âgées ou en situation de handicap.

Ce grand projet de simplification que nous défendons depuis le début de la législature, ancré au cœur de nos territoires, commence à se concrétiser. L'appel à manifestation d'intérêt a été lancé en septembre auprès des conseils départementaux.

Par ailleurs, dans le prolongement des réformes structurelles que nous menons pour développer et accompagner les services à domicile, des moyens supplémentaires sont dédiés à la montée en charge de ces derniers pour soutenir nos aides à domicile – un métier essentiel, exercé dans 99 % des cas par des femmes et au sein duquel le taux de pauvreté atteint 18 % : la revalorisation est urgente, État et départements doivent s'y engager.

Le tarif plancher national pour l'aide à domicile, fixé à 22 euros de l'heure en 2022, a été porté à 23 euros en 2023. Une dotation supplémentaire de 3 euros, dédiée à la qualité du service rendu, a été instaurée. La création de 25 000 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile est prévue d'ici à 2030. Deux heures supplémentaires par semaine sont dédiées à l'accompagnement et au lien social pour les personnes isolées.

Nous continuons aussi de développer dans l'ensemble du territoire des structures d'habitat intermédiaire. Je pense notamment aux accueils familiaux, qui permettent de proposer un accompagnement très proche du domicile.

Pour assurer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en établissement, le texte concrétise une nouvelle étape de la démarche de création de 50 000 postes supplémentaires dans les Ehpad : environ 6 000 professionnels soignants supplémentaires seront recrutés l'année prochaine, soit deux fois plus qu'en 2023.

Pour recruter, il ne faut pas seulement augmenter les moyens inscrits dans le PLFSS, mais aussi veiller à l'attractivité des postes et des carrières. J'ai donc obtenu que les infirmiers et les aides-soignants en Ehpad public bénéficient de la même revalorisation pour le travail de nuit et les jours fériés que leurs collègues exerçant dans les établissements publics sanitaires.

Enfin, au-delà des enjeux strictement financiers, le texte prend la mesure de l'urgence dans laquelle se trouve le secteur des Ehpad. Il prévoit donc une réforme structurante à partir de 2025 : la possibilité laissée aux départements de fusionner les sections soins et dépendance des Ehpad, ce qui permettra un soutien financier direct aux départements et aux Ehpad les plus en difficulté. Pour les départements qui le souhaitent, et en lien avec l'augmentation des besoins de soins des résidents, qui entrent de plus en plus tard dans des établissements de plus en plus médicalisés, la sécurité sociale financera ainsi la section dépendance des Ehpad. Ce soutien est primordial face à la situation difficile, voire intenable, de nombre de nos établissements dans tout le territoire. Cette dynamique est vertueuse pour les personnes comme pour la soutenabilité de notre système social, en évitant des frais de soins.

Enfin, je souhaite avancer en ce qui concerne les fonds de concours aux départements, en lien avec la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). C'est un chantier complexe, mais il est temps que nous le traitions : l'empilement successif des fonds de concours et leur illisibilité n'ont pas contribué à la prise de conscience du choc démographique qui nous attend.

Le PLFSS met également en œuvre nos engagements concernant le handicap, notamment ceux directement annoncés par le Président de la République lors de la dernière Conférence nationale du handicap. Nous concrétisons ainsi la création de 50 000 solutions pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Nous devons veiller à répondre aux besoins dans leur diversité – je pense notamment aux enfants. Les solutions doivent être multiples pour garantir à chaque enfant le droit à une scolarité, y compris en milieu et en institut médico-éducatif (IME), et pour assurer une prise en charge adaptée aux enfants en situation de handicap placés à l'aide sociale à l'enfance – 20 % des enfants placés seraient en situation de handicap.

Nous renforçons les moyens des centres d'action médico-sociale précoce dès 2024 ; pour 2025, nous engageons la création d'un véritable service de repérage, d'orientation et de prise en charge unifiée de toutes les situations de handicap pour les enfants de 0 à 6 ans. Ce dispositif doit permettre d'en finir avec l'errance des familles et de lutter contre les pertes de chance que subissent nos enfants.

Je conclurai par un élément dont nous pouvons collectivement nous réjouir : une nouvelle étape sera franchie l'année prochaine sur le chemin que nous avons entamé en 2020 lorsque nous avons voté la création de la branche autonomie ; à partir du 1^{er} janvier 2024, 0,15 point de contribution sociale généralisée (CSG), soit 2,6 milliards d'euros, abondera les ressources de cette cinquième branche. Nous tenons les engagements pris et nous consommons la moitié de ce surplus dès l'année prochaine.

Enfin, accompagner les plus fragiles, c'est évidemment accompagner les proches : je sais que certains d'entre vous sont directement concernés et sont engagés dans ce combat. Nous avons le devoir de prendre soin de ceux qui prennent soin des autres car devenir aidant est une responsabilité mais également une charge physique et mentale extrêmement lourde à porter. La nouvelle stratégie « Agir pour les aidants 2023-2027 », que nous avons présentée avec Fadila Khattabi, amplifie le soutien aux aidants, garantit, quoi qu'il arrive et comme le Gouvernement s'y était engagé, quinze jours de répit grâce aux plateformes de répit implantées partout dans le pays, crée 6 000 nouvelles solutions d'accueil et de répit afin de compter 40 000 solutions en 2027. Il y a dix ans, le mot « aidant » n'existait pas, alors que des droits y sont aujourd'hui attachés et même renforcés, grâce à vous, dans ce PLFSS.

M. Thomas Cazenave, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics. Nous pouvons être fiers du PLFSS 2024, qui maintient notre investissement massif dans la protection sociale des Français tout en poursuivant la maîtrise des équilibres financiers. Je voudrais remercier la direction de la sécurité sociale (DSS) et toutes les administrations qui ont contribué à construire ce texte.

J'ai présenté le projet de loi de finances (PLF) à vos collègues de la commission des finances il y a quelques jours ainsi que le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027. Permettez-moi de souligner la cohérence entre ces textes financiers et le budget de la sécurité sociale, tant dans l'esprit que dans les objectifs qui nous animent collectivement. L'esprit est celui de la responsabilité financière, unique manière de garantir la pérennité d'un système de protection sociale auquel nos concitoyens sont très attachés : le but est de protéger nos compatriotes, des plus jeunes aux plus âgés, et de leur permettre de préparer sereinement leur avenir.

Le PLFSS 2024 s'inscrit ainsi dans la démarche plus globale de maîtrise des dépenses publiques, dans le champ des administrations de sécurité sociale comme dans les autres domaines de la dépense publique ; il contribue à l'atteinte de l'objectif de réduction du déficit public sous la barre des 3 % du PIB à l'horizon de 2027 : ce n'est pas un totem, mais le niveau d'avant-crise, en 2018 et 2019. Par ailleurs, ce PLFSS doit contribuer à la soutenabilité globale de notre trajectoire et à la maîtrise de notre dette, selon un double principe d'effort partagé et de logique graduelle, inscrit dans la loi de programmation des finances publiques et du PLF. Nous avons trouvé un juste point d'équilibre entre responsabilité et investissement dans l'avenir.

Comme vous le savez, la sécurité sociale ne reviendra pas à l'équilibre dans les prochaines années. La dynamique des dépenses joue en sens contraire, du fait de la démographie et du renchérissement des coûts associé au progrès médical. Pour préserver notre capacité à accompagner le bien-vieillir ou à offrir un soin à l'état de l'art, des mesures de maîtrise des dépenses sont nécessaires dès 2024 et d'autres devront être prises en 2025, à hauteur de 6 milliards d'euros. Je suis confiant dans notre capacité collective à faire face à cette contrainte partagée, que personne ne peut nier.

Des réformes courageuses ont déjà été conduites, que l'on songe à celle de l'assurance chômage ou celle des retraites portées par notre collègue Olivier Dussopt, dans un contexte de nette amélioration du retour à l'emploi. Nous devons néanmoins trouver de nouvelles marges pour que notre système perdure et évolue en ligne avec nos priorités, rappelées par Aurélien Rousseau et Aurore Bergé, notamment la prévention.

Dans ce contexte, le PLFSS 2024 traduit à la fois un engagement soutenu en faveur de notre système de protection sociale et une amélioration de la régulation des dépenses, en particulier dans le champ de la santé. Des mesures importantes ont été adoptées cette année pour favoriser l'attractivité des métiers dans les établissements sanitaires et médico-sociaux : elles représentent un investissement élevé et expliquent en grande partie la hausse de l'Ondam de 2,8 milliards d'euros en 2023 ; en 2024, elles coûteront plus de 3 milliards d'euros si l'on inclut le relèvement du point d'indice de 3,5 % en 2022 : cela représente un gain supérieur à 6 milliards d'euros pour les professionnels l'année prochaine, sans même prendre en compte les effets du plan Ségur.

En 2024, nous poursuivons notre soutien aux établissements sanitaires, le sous-objectif de l'Ondam qui leur est dédié dépassant 100 milliards d'euros, soit un niveau historique. Dans la continuité du rapport de Mme Christine Pires Beaune sur le reste à charge en Ehpad, le PLFSS prévoit une réforme du financement de ces établissements : les départements pourront, s'ils le souhaitent, engager une fusion des sections du soin et de la dépendance. L'Ondam médico-social intègre les 100 millions d'euros annoncés par la Première ministre cet été, dans le cadre du fonds d'urgence.

Au total, l'Ondam progressera de 3,2 % en 2024, soit un niveau supérieur de plusieurs points à celui de l'inflation, qui s'établira à 2,5 %.

Au-delà de l'Ondam, le Gouvernement maintient un système protecteur d'indexation des prestations sur l'inflation, lequel représente 14 milliards d'euros pour les retraites et plus de 1 milliard pour les prestations familiales. Ces montants traduisent, dans la situation actuelle des finances publiques, une véritable priorité.

Ce PLFSS marque aussi notre engagement en faveur de la régulation des dépenses ; des économies sont prévues, par exemple par l'incitation au recours au transport sanitaire partagé ou dans le champ des produits de santé. Nous nous sommes fixé un objectif d'économies de 1,3 milliard d'euros, réparties entre 1 milliard d'euros de baisse de prix et 0,3 milliard d'euros de baisse des volumes. Le texte initial du PLFSS comporte de premières mesures pour favoriser la maîtrise des volumes, comme les Trod ou le conditionnement à l'unité en cas de risque de rupture d'approvisionnement. Les travaux se poursuivent pour trouver d'autres leviers de régulation destinés à répondre à un triple enjeu financier, sanitaire et environnemental. Ces mesures de maîtrise limitent la dégradation tendancielle, et nous devons poursuivre ces efforts dans les prochaines années.

Je crois à notre modèle social, c'est pourquoi nous préservons ses ressources : les cotisations sociales demeurent le socle de financement de notre sécurité sociale ; alors que nous avons affecté une nouvelle part de la CSG à la jeune branche autonomie, créée en 2020, les cotisations représentent toujours près de 50 % des recettes des régimes obligatoires, avec une croissance prévue de plus de 4 % en 2024. La progression des ressources s'explique d'abord par le dynamisme du marché du travail – plus de 125 000 postes ont été créés entre juillet 2022 et juillet 2023 et plus de 2 millions d'emplois depuis 2017 ; voilà pourquoi nous poursuivons nos efforts en faveur du plein emploi. C'est aussi pour cela qu'une partie des excédents de l'Unedic, qui résultent des réformes conduites en matière d'assurance chômage et du marché du travail, sera affectée au financement du développement des compétences et à France Travail pour conforter le retour à l'emploi des personnes bénéficiaires du RSA.

S'agissant des politiques en faveur de l'emploi, la question des allègements généraux est revenue sur le devant de la scène, à l'occasion du rapport sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales, rendu récemment par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, dont je veux saluer la qualité : nous avons choisi de maintenir ces allègements, qui représentent un élément structurant des pratiques salariales et des comportements de recrutement des employeurs ; on ne peut donc y toucher qu'avec une grande prudence, en particulier dans cette période où nous devons tout faire pour soutenir l'activité et le pouvoir d'achat. Dans ce cadre, des réflexions et des consultations supplémentaires sont nécessaires, notamment lors de la conférence sociale qui va s'ouvrir dans quelques jours.

Enfin, j'ai souhaité que ce PLFSS, comme d'ailleurs le PLF, comporte des mesures de lutte contre la fraude sociale, impératif d'équité et de justice pour l'ensemble des assurés. Il n'est pas admissible que certains éludent leurs cotisations, perçoivent indûment des prestations et abusent de leur expertise, comme nous avons pu le voir dans l'actualité la plus récente. Vous retrouverez dans ce PLFSS plusieurs dispositions allant dans ce sens, notamment la sécurisation du paiement des cotisations des travailleurs des plateformes, le renforcement des sanctions contre les professionnels de santé fraudeurs, la simplification et le resserrement du mécanisme de l'avance immédiate au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile ; j'ai également demandé à la DSS de travailler à la création d'un délit de promotion de la fraude sociale, comme il existe déjà un délit d'incitation à la fraude fiscale. J'ai installé il y a deux jours le Conseil d'évaluation des fraudes, qui réunit des experts d'horizons très différents et auquel participent certains parlementaires : l'objectif est d'évaluer de manière exhaustive la réalité de la fraude fiscale et sociale.

En conclusion, je souhaite vous redire ma détermination à trouver les ressources nécessaires au déploiement des priorités fondamentales en matière sanitaire et sociale et à tenir les mesures d'économies indispensables à la soutenabilité de notre système.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, rapporteure pour l'équilibre général, les recettes et la branche maladie. Ce PLFSS 2024 traduit un grand nombre d'engagements du Président de la République et du Gouvernement, que notre majorité a portés pendant la campagne des élections législatives. Je pense à la réforme du financement des établissements de santé, destinée à diminuer la part de la T2A : le financement sera plus équitable pour les maternités et les services de réanimation. Plus de 105,6 milliards d'euros seront consacrés aux établissements de santé, notamment à l'attractivité et à la revalorisation des professions de santé. Les internes des hôpitaux, qui bénéficient également d'une revalorisation de leurs gardes de 50 % jusqu'au 31 décembre 2023, s'inquiètent de savoir si la mesure sera prorogée l'année prochaine.

Avec ces revalorisations et la prise en compte de l'inflation, l'Ondam pour 2023 est rectifié pour s'établir à une croissance de 4,8 % ; en 2024, la progression atteindra 3,2 % – 3,5 % pour la médecine de ville. Malgré tout, l'ensemble des fédérations hospitalières nous alertent sur une hausse qu'elles estiment insuffisante.

Pour dépenser plus pour les établissements de santé, nous devons maîtriser d'autres dépenses, en promouvant la pertinence et la qualité des soins. Depuis plusieurs années, la Cour des comptes et certaines associations de patients soulignent la nécessaire évolution du financement de la dialyse : nous pourrions en effet faire évoluer celui-ci, comme d'ailleurs celui de la radiothérapie.

Je veux saluer la confirmation de nos engagements en matière de prévention. Plus de 150 millions d'euros y sont consacrés dans le PLFSS. Je souhaite appeler votre attention sur notre capacité à éviter les survenues de situations de handicap pouvant être induites par des infections à cytomégalo­virus (CMV) pendant le premier trimestre de grossesse. Le CMV étant responsable d'une grande majorité des handicaps neurosensoriels, par infection materno­fœtale, je souhaite, avec plusieurs de mes collègues, rendre son dépistage systématique au premier trimestre de grossesse. Je connais, monsieur le ministre, votre intérêt pour la prévention : que pensez-vous de cette mesure ?

Je proposerai également que toutes les femmes qui le souhaitent puissent avoir une consultation dédiée à la ménopause, période de la vie qui nécessite une meilleure prise en charge.

Sur le plan budgétaire, il est de notre responsabilité de veiller à la soutenabilité de notre système de protection sociale, qui nous a permis de faire face à la crise sanitaire. La situation des comptes sociaux, notamment celle de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, reste trop fragile à moyen terme. Le redressement des comptes devra donc se poursuivre et exigera sans doute de nouveaux efforts : ce texte prévoit plusieurs mesures de régulation des dépenses, comme la baisse du prix des médicaments dans le secteur de la biologie et le renforcement des moyens de lutte contre les fraudes sociales. Ces dispositions sont nécessaires pour tendre vers l'équilibre et assurer la viabilité de notre système de protection sociale.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie. Je tiens à saluer l'effort ambitieux consenti en faveur de la branche autonomie, dont l'objectif de dépenses se situe à 39,9 milliards d'euros, soit une augmentation de 5 % par rapport à l'exercice précédent. Cet effort se traduit par des mesures très concrètes : poursuite de la trajectoire d'embauches de 50 000 soignants avec la création de 6 000 postes en 2024, meilleure rémunération grâce aux sujétions de nuit et de week-end qui étaient réclamées depuis longtemps, et début de la concrétisation des annonces de la Conférence nationale du handicap, laquelle s'est fixé un objectif de 1,5 milliard d'euros de soutien à l'horizon 2030. Quelle part de cette enveloppe sera-t-elle consommée en 2024 ?

La fusion des sections des soins et de la dépendance des Ehpad répond à une attente très ancienne des acteurs, lesquels souhaitent être rassurés sur sa généralisation à moyen et long terme car ils y sont très favorables, même si la question de la soutenabilité financière de ces établissements et du reste à charge reste posée.

Cet exercice budgétaire est l'occasion de faire un point d'étape sur les services à domicile : il serait intéressant d'évaluer les mesures adoptées dans les derniers PLFSS.

Monsieur le ministre, que pensez-vous de la généralisation du cannabis thérapeutique ?

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour la branche vieillesse. Le PLFSS 2024 traduit l'engagement du Gouvernement en faveur du renforcement de notre système de sécurité sociale.

Si nous nous félicitons de la revalorisation de 5,2 % des pensions de retraite dès le 1^{er} janvier 2024, les annexes au PLFSS anticipent un déficit de la branche vieillesse et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 11,2 milliards d'euros en 2027. Sans la réforme des

retraites, ce déficit serait supérieur de 6,3 milliards d'euros, preuve de l'évidente nécessité de celle-ci. La réforme des retraites a reposé sur un principe simple, celui de la participation de l'ensemble des régimes à la solidarité financière au sein du système de retraite. Le projet de loi prévoit de transférer à la sécurité sociale, dès 2024, une part de 192 millions d'euros du produit de la TVA, au titre des gains résultant de la réforme, pour le régime de la fonction publique d'État ; ce montant augmentera dans les années à venir pour atteindre 520 millions d'euros en 2027.

S'agissant des régimes complémentaires, l'article 9 du PLFSS dispose que la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agirc-Arrco peuvent signer une convention autorisant la prise en charge du financement de l'extinction attendue des régimes spéciaux. Cependant, l'accord national interprofessionnel conclu la semaine dernière par les partenaires sociaux chargés de la gestion de l'Agirc-Arrco a malheureusement laissé de côté la question de la contribution de ce régime au financement des mesures de solidarité en faveur des petites retraites, lesquelles bénéficient aussi aux retraités du privé.

Pouvez-vous nous rappeler les futurs gains générés pour le régime Agirc-Arrco par la réforme des retraites, que notre majorité a été bien seule à défendre ? Pouvez-vous préciser ce que le Gouvernement englobe dans les éléments de solidarité financière au sein de ce système de retraite et nous communiquer le montant du coût de cette solidarité, que seul notre système de sécurité sociale porte ?

M. François Ruffin, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Monsieur le ministre, vous avez évoqué avec raison la dynamique des dépenses d'arrêt maladie : il est vrai que les arrêts maladie augmentent depuis une décennie, et, face à ce phénomène, vous en appelez à la responsabilisation de chacun. Mais quelle est la première cause de cette hausse ? Dans les annexes au PLFSS, nous lisons que cette croissance des dépenses d'indemnités journalières liées aux maladies s'explique principalement par l'augmentation et le vieillissement de la population active. Ce sont les réformes des retraites successives qui contraignent les gens à vieillir au travail, à y être malades et à être en arrêt maladie. Votre politique impose une triple peine : les salariés, dont la santé est fragilisée par le travail, seront pénalisés s'ils se retrouvent en arrêt maladie, puis devront partir en retraite plus tard. C'est dire l'injustice de cet enchaînement !

La deuxième cause de la hausse des arrêts maladie est le mal au travail. Dans ce domaine, il y a une spécificité française que montrent les comparaisons internationales : elle concerne les accidents du travail, mais également le stress, le port de charges lourdes et d'autres composantes des conditions de travail. Ce mal au travail coûte environ 100 milliards d'euros par an à notre économie. Le Président de la République et le Gouvernement avaient reconnu au printemps cette situation et avaient pointé la nécessité d'un nouveau pacte de la vie au travail. Les médecins auront des objectifs de limitation des arrêts de travail ; l'un d'entre eux s'exprime ainsi : « Mes patients bossent en usine ou en abattoir, ils sont manutentionnaires ou soignants, ils sont usés par l'intensité du travail mais ils attendent d'être au bout du bout pour venir me voir, et je ne me vois pas leur dire que je réduis la durée de leur arrêt car j'ai atteint mon quota. »

La philosophie de vos mesures sur les indemnités journalières est mauvaise : lors des assises du travail, les acteurs ont tous demandé que l'on revoie l'organisation du travail, en concertation avec les salariés. Or vous ne vous penchez pas sur la réorganisation collective du

travail, vous responsabilisez les individus, c'est-à-dire que vous les culpabilisez et que vous faites reposer la faute sur eux et sur les médecins qui seraient leurs complices.

M. le ministre. Madame la rapporteure générale, la modification du financement, dont on parle depuis longtemps, est inscrite dans le PLFSS : des activités standards normées demeurent financées à la T2A, mais deux blocs supplémentaires sont introduits. Ceux-ci répondent à des objectifs de santé publique financés par des dotations spécifiques, notamment pour prendre en compte l'environnement territorial dans lequel évoluent les établissements ; les activités spécifiques du troisième bloc seront financées par des dotations identifiées – urgences, activités de recours, soins critiques et non programmables. Il y a là une évolution structurante et structurelle, qui a fait l'objet d'un énorme travail de la direction générale de l'offre de soins et de la DSS, que je tiens à saluer, et d'un accord global des fédérations.

Vous soulignez à juste titre la convergence des remontées des fédérations sur l'impact de l'inflation sur la situation des établissements de santé : nous étudions comment aider ceux-ci, dans le contexte que vous connaissez, à y faire face, afin qu'ils ne basculent pas dans le rouge alors que nous tentons de consolider les signes positifs qui commencent à apparaître.

Je partage votre réflexion sur la dialyse et la radiothérapie. Nous devons nous demander si certains actes de soin seraient sous-financés et d'autres surfinancés ; si des rentes apparaissent, il convient de passer de la T2A au forfait : je suis tout à fait disposé à ouvrir ce chantier. Je suis d'accord avec vous sur le test de CMV, qui offre plus de sérénité au cours de la grossesse. Il s'agit de dispositions de nature réglementaire, dont l'importance n'est pas contestable. La littérature sur la nécessité de développer les consultations médicales dans les périodes de transition s'épaissit : la ménopause entre évidemment dans cette catégorie.

Les bénéficiaires de prestations sociales ne sont pas les seuls à frauder et les plus gros fraudeurs ne sont pas les plus modestes, c'est même exactement l'inverse. Nous traquons donc tous les acteurs. L'assurance maladie dispose d'outils performants, qui repèrent les parcours de soins anormaux et les systèmes de fraude organisés. Nous les débusquons, des centaines de millions d'euros étant à chaque fois en jeu.

Madame Janvier, l'Assemblée a voté une expérimentation relative au cannabis à usage médical, qui prend fin en mars 2024. Les retours cliniques font état d'un bénéfice pour le patient, mais il n'y a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne prévue en 2025 ; je m'engage donc à ce que le Gouvernement présente un amendement visant à prolonger les traitements pour leurs bénéficiaires actuels. En outre, il faudra doter le cannabis thérapeutique d'un statut *ad hoc* ; nous verrons ensuite si une AMM européenne est délivrée avant de nous déterminer sur la pertinence d'un accès compassionnel – ce terme étant impropre.

Monsieur Ruffin, vous avez raison, la dynamique des indemnités journalières est d'abord tirée par la croissance de la population active, laquelle est une bonne nouvelle ; en outre, ce sont les arrêts longs, et non les très courts, qui alimentent l'augmentation des indemnités journalières : oui, les arrêts longs renvoient aux conditions de travail, à la prévention de la pénibilité et aux reconversions professionnelles. Ce PLFSS comporte donc des mesures destinées à offrir de nouvelles opportunités, ces dispositions ayant été prises en compte dans la réforme des retraites. Je pense que la conférence sociale qu'organise la Première ministre la semaine prochaine abordera le sujet du mal-travail, mais également celui

de la santé mentale globale dans la population. Le rapport au travail évolue ; d'ailleurs, les arrêts de travail de très courte durée explosent chez les très jeunes salariés : il nous appartient de comprendre cette évolution, non de la stigmatiser.

Vous avez évoqué une triple peine, dont l'une des composantes serait la douleur infligée par ce PLFSS sur les indemnités journalières : je la cherche, puisqu'il n'y a qu'une mesure sur le sujet, à l'article 27. Il n'est pas question de cibler le prescripteur, pas plus que la personne recevant un arrêt maladie. Nous souhaitons développer une approche globale, mais je ne suis pas choqué que l'assurance maladie aille discuter avec un médecin qui prescrit quatre fois plus d'arrêts de travail qu'un confrère à la patientèle comparable ; les courriers de l'assurance maladie emploient parfois des formules expéditives, mais nous travaillons à les améliorer. Dans le même état d'esprit, j'ai demandé à l'assurance maladie d'identifier les entreprises dans lesquelles les arrêts maladie explosaient, car les employeurs ont également une responsabilité en la matière ; l'assurance maladie a déjà pointé 200 entreprises dans ce cas : il n'y a aucune stigmatisation, et nous n'avancerons dans ce domaine que par la responsabilisation collective. Vous avez raison d'évoquer les questions posées par l'allongement des carrières, mais on ne peut pas reprocher à la réforme des retraites adoptée cette année d'avoir joué un rôle en 2023 ; le Gouvernement est bien décidé à s'attaquer aux conséquences de ce phénomène, comme à celles des prescriptions excessives et des responsabilités des employeurs.

Mme la ministre. Madame Janvier, nous souhaitons nous appuyer sur les départements volontaires pour la fusion des sections des Ehpad. Nous évaluons, département par département, l'évolution démographique et l'impact budgétaire de la mesure, de manière que ces collectivités puissent juger en toute connaissance de cause. Les situations démographique et financière des départements étant très hétérogènes, il ne faut pas leur imposer une généralisation mais leur ouvrir une possibilité.

Sur les services à domicile, il y aura une montée en puissance en 2024 : l'augmentation du tarif plancher – passage de 22 à 23 euros – représente 400 millions d'euros l'année prochaine, comme la dotation qualité. La disposition, adoptée l'an dernier, sur les deux heures de convivialité entre, elle aussi, en vigueur, son coût atteignant 100 millions.

Pour les 50 000 solutions, les agences régionales de santé (ARS) publieront dès le mois de janvier des appels à projets. Actuellement, 10 000 adultes en situation de handicap se retrouvent dans des établissements pour enfants du fait de l'amendement Creton. Ma priorité est d'apporter des solutions pertinentes à ces adultes, ce qui libérera en outre des places dans les établissements pensés pour des enfants. Voilà la première brique que nous devons poser dès 2024.

M. le ministre délégué. Madame la rapporteure générale, nous sommes tout à fait désireux d'engager avec vous des travaux visant à identifier de nouvelles pistes d'économie : nous en avons besoin.

En ce qui concerne l'Agirc-Arrco, il n'a jamais été question de ponctionner ses excédents, comme j'ai pu le lire ici ou là. Ils appartiennent à l'Agirc-Arrco. Ce que nous disons, c'est que la réforme des retraites génère un excédent en sus de l'excédent : selon nos estimations, l'amélioration du régime entre 2026 et 2030 devrait se situer entre 1,2 et 3 milliards d'euros. L'objectif de la réforme est d'améliorer l'équilibre financier global du

système des retraites, générales et complémentaires, et cet excédent supplément doit participer à cet équilibre d'ensemble.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous entendons maintenant les orateurs des groupes.

M. Jean-François Rousset (RE). Ce texte est responsable financièrement tout en prévoyant d'importants investissements dans notre système de santé. L'Ondam progresse de façon significative, au-delà de l'inflation. Ce budget consacre 252 milliards d'euros à l'assurance maladie et prend des mesures ambitieuses en matière de prévention comme d'accès aux soins, sur la vaccination, la santé des femmes, la contraception, la prévention des affections bucco-dentaires, le renforcement des équipes de soins. La prévention englobe la santé mentale et le renforcement du soutien psychologique et psychiatrique de l'ensemble de la population.

Investir dans la prévention, c'est miser sur l'avenir et garantir une meilleure santé à nos concitoyens tout en limitant de futures dépenses.

La lutte contre la fraude est un enjeu important. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) a confirmé son engagement : détecter 500 millions d'euros de fraude sociale en 2024. Ce PLFSS propose de nouveaux outils pour que chacun, professionnels de santé, laboratoires et particuliers, prenne sa part de responsabilité. Nous devons aussi être vigilants sur les investissements, par exemple les dispositifs médicaux implantables, qui doivent avant tout servir les besoins des patients.

La maîtrise budgétaire s'impose, après une période de soutien important pendant la crise sanitaire. Elle n'empêche pas l'amélioration du modèle de soins.

Mme Laurence Cristol (RE). Ce PLFSS traduit les priorités du Gouvernement, qui soutient de façon responsable notre système de protection sociale. Il montre notamment un engagement fort pour la prévention et pour la réforme attendue du financement de nos établissements de santé, mais aussi en faveur des personnes en perte d'autonomie.

Malgré les difficultés de ce secteur, la branche autonomie continue de prendre corps, avec une hausse sans précédent des moyens alloués.

La Conférence nationale du handicap estime les besoins de ce domaine à 1,5 milliard d'euros d'ici à 2030. Les engagements pris sont ici concrétisés, notamment le remboursement des fauteuils roulants dès l'année prochaine, les 50 000 solutions et la création du service précoce de repérage et d'accompagnement.

Le bien-vieillir trouve corps dans différentes mesures adoptées depuis six ans pour respecter le souhait des Français de vivre à domicile. Ce PLFSS amorce la clarification du financement des Ehpad et des unités de soins de longue durée grâce à la fusion des sections soins et dépendance dans les départements volontaires. Cette mesure était attendue depuis longtemps, et il faudra la généraliser rapidement.

Le retour prochain de la proposition de loi « bien-vieillir » nous permettra de tracer des perspectives pour les personnes âgées.

De nombreux députés de la majorité attendent des mesures pour un remboursement lisible de l'activité physique adaptée, au-delà de ce qui est prévu à l'article 22. Pouvez-vous vous engager sur ce point ?

Mes autres questions portaient sur les aidants et la radiothérapie.

Mme Joëlle Mélin (RN). Vous vous voulez rassurants, mais c'est sans compter avec la réalité des faits et les résultats de la politique que vous menez depuis déjà onze ans, dans la droite ligne des quarante précédentes années de destruction de notre système de santé par une politique d'austérité, de rabais, de mauvaises économies, de rabot et de négociations tarifaires toujours à la baisse.

L'Ondam que vous proposez crée une austérité mortifère. J'utilise ce mot volontairement : le dernier rapport de la Société française de néonatalogie, qui porte sur les nouveau-nés de 1 à 27 jours requérant des soins critiques est à la fois symbolique de la situation générale et ahurissante.

Le taux moyen d'occupation des lits de réanimation réservés aux nouveau-nés est supérieur à 100 % pendant plus de 20 % du temps. La réanimation se fait donc souvent dans les couloirs. Un quart des services refusent des entrées critiques, faute de place. Les lits sont en outre très inégalement répartis. Le ratio souhaitable serait de 1 lit pour 1 000 naissances ; dans le Nord et l'Est, il est de 1,28, mais il tombe à 0,8 en Occitanie et 0,6 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. C'est donc très insuffisant, malgré une baisse de la natalité de 15 %.

Les moyens humains sont tout aussi insuffisants ; les pédiatres sont épuisés, car 80 % d'entre eux travaillent plus de cinquante heures par semaine et 13 % plus de soixante-quinze heures. Près de la moitié font plus de cinq gardes par mois, voire plus ; certains travaillent les quatre week-ends d'un mois. La moitié a des troubles du sommeil, 17 % sont en burn-out ou en dépression.

Au total, 72 % des services de type 3 ont au moins un poste vacant, et 46 % deux ou plus. Quant aux infirmières, elles ne sont plus formées à la néonatalogie depuis 2009. Dans au moins 80 % des établissements, elles sont pour un tiers peu expérimentées, peu formées. La fidélisation est difficile et les équipes instables. Plus de 70 % des jours d'hospitalisation se font en sous-effectif.

À cela s'ajoutent les difficultés chroniques de fonctionnement des hôpitaux et des maternités que nous connaissons bien.

La situation est donc alarmante. La mortalité néonatale a augmenté dans notre pays depuis dix ans : le premier mois de vie concentre 74 % des décès, et cette tendance s'accroît. En matière de mortalité infantile, nous sommes passés de la troisième à la vingtième place en Europe ; ce sont 1 200 décès qui auraient pu être évités chaque année. L'âge plus avancé des primo-parturientes ou l'augmentation des grossesses multiples n'expliquent pas tout : c'est bien l'état général de nos hôpitaux et de nos maternités qui est en cause.

On ne peut plus gérer la santé par le rabais, les déficits et les dettes. Il faut changer de point de vue et gérer les comptes de la sécurité sociale au lieu de les laisser filer ; dans le domaine de la famille, de l'emploi, de la santé, il faut mener une politique sous-tendue par une véritable stratégie.

Quand pensez-vous inverser votre stratégie, si vous en avez une ?

M. Damien Maudet (LFI - NUPES). Vous dites que votre trajectoire est responsable ; mais quand on regarde la situation dans notre pays, quand on écoute les professionnels de santé, on se dit que vous êtes complètement à côté de la réalité. Le résultat de ces trajectoires responsables dont vous nous parlez depuis des années, c'est un affaiblissement de notre système de santé. Depuis le covid, et même un peu avant, la situation est catastrophique : la septième puissance mondiale ferme l'accès à ses services de soins !

Les fermetures de services d'urgences, temporaires ou définitives, partielles ou totales, continuent. Au cours des deux dernières semaines, c'est le cas à Château-Gontier-sur-Mayenne, à Lannion, à Guingamp. Selon le syndicat Samu-Urgences de France, un service sur deux a fermé partiellement ou totalement cet été. Dans les services encore ouverts, les soignants n'en peuvent plus. Nous avons tous vu les images de la longue file de brancards pour entrer aux urgences de Perpignan ; à Limoges, certains patients ont passé neuf jours sur un brancard.

La conséquence, c'est une mise en danger de la santé des Français : c'est le syndicat Samu-Urgences de France qui le dit – son ancien président était d'ailleurs votre prédécesseur. Selon la CGT, 1 500 à 2 000 personnes seraient décédées en un an faute de prise en charge.

Je pourrais aussi parler de la hausse des renoncements aux soins ou rappeler que nous sommes un des seuls pays d'Europe où la mortalité infantile augmente.

Pouvez-vous vraiment être fiers de ces trajectoires, dire aux patients comme aux soignants qu'elles sont responsables ? La vérité, c'est que les Français n'en peuvent plus. Partout dans le pays, la colère explose. Des manifestations ont eu lieu dans différentes villes, Guingamp, Saint-Junien, Langres – où 6 000 personnes ont manifesté dans une commune de 7 600 habitants – ou Bagnères-de-Bigorre – où 3 000 personnes ont manifesté dans une commune de 7 700 habitants. À l'ARS de Quimper, des gens ont retenu les salariés, pacifiquement, pour demander un accès aux urgences après quinze heures.

Ce budget est tout, sauf à la hauteur. Votre trajectoire n'est pas responsable, mais elle est très claire : ce n'est pas un texte pour la santé mais un texte pour économiser. On y lit d'ailleurs cent fois le mot « économie », une seule fois les mots « hôpital public ». Le conseil de la Cnam s'est prononcé contre ce texte. Pour la Fédération hospitalière de France, il manque 3,5 milliards d'euros ; elle dénonce un budget qui n'est pas à la hauteur, tout comme France Assos Santé, la CGT, la CFDT, l'Unsa, FO, la Fédération nationale des infirmiers, le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux, Solidaires ou encore la Mutualité française. Patients, soignants, institutions : tout le monde dénonce ce budget.

Monsieur le ministre, combien de soignants supplémentaires ce budget permettra-t-il de recruter ? Combien de services pourront rouvrir entièrement ? Combien de personnes auront à nouveau un accès aux soins digne ? En vérité, votre trajectoire technocratique nous amène vers le crash.

M. Yannick Neuder (LR). Je vous remercie d'avoir organisé, certes rapidement, des discussions sur le modèle des dialogues de Bercy.

En ce qui concerne la branche famille, je salue un discours de rupture. Jusqu'ici, la branche famille faisait figure de variable d'ajustement, avec la relocalisation de 2 milliards d'euros pour contribuer à combler le déficit de la branche maladie. Vous vous préoccupez de la baisse du taux de natalité : vous avez commencé à faire des annonces et j'aimerais vous entendre les préciser. Le groupe Les Républicains est, vous le savez, très attaché à l'universalité des allocations familiales et à l'ajustement du quotient familial. Êtes-vous prête, madame la ministre, à avancer sur ces points ?

En ce qui concerne la dépendance et le grand âge, il me semble qu'il faut apporter des solutions de financement à la branche autonomie. Le reste à charge moyen des familles est de 1 000 euros pour une personne en Ehpad. Envisagez-vous de travailler sur des systèmes assurantiels ? S'agissant du maintien à domicile, un grand plan de formation est indispensable puisque les besoins sont estimés à 380 000 personnes pour assurer cette transition.

S'agissant des structures d'hospitalisation, privées, publiques ou appartenant au secteur médico-social, 3,3 millions de séjours à l'hôpital ont été reportés depuis 2020, et les retards de diagnostic sont importants. Je me fais le porte-parole des différentes fédérations – Fédération hospitalière de France, Fédération de l'hospitalisation privée, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs : pour le moment, l'inflation n'est pas prise en compte ; les surcoûts non financés sont estimés à 1,5 milliard d'euros. J'entends que vous allez y réfléchir mais il faudra préciser ce point. On ne peut pas choisir entre le soin et la facture d'électricité.

Je salue la revalorisation des gardes et du travail de nuit. Une revalorisation est prévue pour les internes jusqu'à la fin de l'année : sera-t-elle pérennisée ?

Enfin, on ne peut pas rester sur les mesures insultantes de revalorisation qu'ont connues les professionnels libéraux. Quant aux personnels paramédicaux, notamment les infirmiers, leurs tarifs n'ont pas été revus depuis 2009 alors que les prix de l'essence par exemple ont fortement augmenté.

M. Nicolas Turquois (Dem). Merci de ces présentations claires et détaillées. Le groupe Démocrate se félicite de l'ambition de ce projet de loi et des moyens consacrés au renforcement de notre modèle social. Son haut niveau de redistribution et de protection contre les risques de la vie est au cœur de notre République, au cœur du consentement des assurés au vivre ensemble.

Concernant la prévention, nous saluons les avancées concrètes du projet de loi, à court comme à moyen terme. Je pense à la campagne de vaccination contre le papillomavirus, à la gratuité des préservatifs pour les moins de 26 ans ou à la prise en charge à 60 % par la sécurité sociale des protections hygiéniques réutilisables. La prévention est une responsabilité collective majeure ; la puissance publique prend toute sa part, mais elle est également l'affaire de chacune et chacun. C'est l'objet des rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie, que l'article 20 généralise. Par la sensibilisation, par l'appropriation des bonnes pratiques, par la lutte contre les inégalités sociales, cet article renforce l'édifice de la prévention que cette majorité construit depuis six ans. C'est l'honneur de l'action publique que de préparer l'avenir des générations suivantes.

Le groupe Démocrate appelle votre attention sur le sujet de la santé mentale, notamment des jeunes. Comment le Gouvernement entend-il agir en ce domaine ?

Sur ces deux sujets, nous proposerons des amendements, dont plusieurs issus du travail de Cyrille Isaac-Sibille, qui a élaboré une feuille de route sur la prévention en santé. Nous regrettons l'absence de mesures significatives relatives à la consommation d'alcool, de sucre ou de tabac, qui constitue pourtant un déterminant majeur de la santé.

Concernant la solidarité à la source, le projet de loi comporte de premières avancées, comme l'extension simplifiée de la C2S à de nouveaux allocataires. Nous nous en félicitons. Au-delà des premières expérimentations, pourriez-vous déjà nous présenter un calendrier de ce chantier tant attendu ?

L'action sociale ne se réduit pas à une surenchère de nouvelles dépenses : pour mener à bien les politiques de la nation en matière de santé et de solidarité, nous nous devons aussi de trouver de nouvelles recettes ou à tout le moins de limiter les dépenses indues. Monsieur le ministre des comptes publics, pouvez-vous nous détailler la manière dont le nouveau conseil d'évaluation des fraudes permettra d'aller plus loin dans la lutte contre la fraude sociale et fiscale ?

Le Gouvernement estime-t-il nécessaire d'aller vers un financement pluriannuel en matière de santé et de sécurité sociale ? C'est une demande forte de certains acteurs, qui auraient besoin de davantage de visibilité.

Le groupe Démocrate votera résolument en faveur de ce projet de loi.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je commencerai par une petite remarque de forme. Il y a un an, au moment de l'adoption par 49.3 du PLFSS, la Première ministre s'était offusquée de notre position : pour elle, il n'était pas normal que nous votions contre ce texte ; on nous disait qu'il aurait pu être coconstruit. Dans la foulée, M. Braun avait pris l'engagement d'intensifier ce travail de coproduction avec les parlementaires. En réalité, ce travail n'a pas eu lieu. Vous avez bien réuni les comptes de Ségur, mais vous nous y avez présenté des arbitrages déjà réalisés. Vous ne pourrez plus nous conter le conte d'une association des parlementaires.

Il serait utile, l'année prochaine, de travailler sur les mesures – en chiffres comme en lettres, même si c'est sans doute plus difficile pour les premières – en amont, en associant les parlementaires de la commission des affaires sociales.

On peut comprendre, néanmoins, pourquoi cet exercice ne se fait pas : il y a des postulats qui se retrouvent d'année en année, et qui ne vous permettront pas de répondre à l'ampleur des besoins. L'année dernière, nous avons déposé des amendements pour compléter des crédits dont nous avons d'emblée constaté qu'ils seraient insuffisants ; nous avons tellement raison que ces propositions sont introduites ici, dans les mesures rectificatives pour l'année 2023.

L'Ondam est notoirement insuffisant et ne réglera pas la crise du financement ; pire, il y a des lignes rouges problématiques.

Monsieur le ministre de la santé, lors des comptes de Ségur, vous nous avez dit que la question de la responsabilisation, et donc de la participation forfaitaire par consultation et de la franchise sur les médicaments, ne figurerait pas en tant que telle dans le texte, mais qu'elle était dans la trajectoire et pourrait donc faire partie du débat. Une fois pour toutes,

dites-nous ce que vous avez envie de faire. Que prévoyez-vous et quelles mesures réglementaires entendez-vous prendre ? Il est temps de nous faire part des arbitrages, dont j'espère qu'ils ont été pris – le contraire serait inquiétant.

Les autres lignes rouges ont été mentionnées : limitation des arrêts de travail, malus sur le remboursement des frais de transport, contribution des régimes de retraite complémentaire...

J'aurais aimé avoir le temps de vous parler de deux béances. Sur l'hôpital, d'abord : il y a là une forme de *coitus interruptus*, si vous me permettez l'expression, par rapport aux annonces faites par Emmanuel Macron, en Essonne, lors de ses vœux aux soignants. Enfin, on devait réformer la T2A ! La réalité, c'est qu'il n'y a ici qu'un début d'engagement bien timide. Sur la branche autonomie, ensuite : nous n'avons aucune visibilité, malgré les 2 milliards d'euros qui ont été ajoutés ; allez-vous, madame la ministre, accepter la proposition votée à l'unanimité par les députés d'une loi de programmation sur le grand âge ?

M. François Gernigon (HOR). Le budget de la sécurité sociale est le reflet de notre engagement collectif. Nous avons, au fil des ans et particulièrement pendant la crise sanitaire, démontré notre capacité à mobiliser des ressources considérables pour protéger notre nation et notre système de santé. En tant que législateur, notre responsabilité est d'assurer la pérennité de ce modèle social en continuant de le transformer au service de chacun. C'est ce à quoi s'attache ce texte et je m'en réjouis.

La trajectoire financière de la sécurité sociale s'améliore depuis deux ans grâce à la politique ambitieuse menée par le Gouvernement. Après des déficits historiques – près de 40 milliards d'euros en 2020 –, le solde des régimes obligatoires de base et du FSV s'est nettement redressé, sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois. Il devrait atteindre un peu plus de 11 milliards en 2024.

Ce PLFSS est également un jalon important pour renforcer la soutenabilité et l'acceptabilité de notre modèle social. L'Ondam connaît une hausse de 3,2 % ; des économies, passant notamment par un effort de maîtrise des dépenses de soins de ville et par une responsabilisation de l'ensemble des acteurs, devraient s'élever à 3,5 milliards d'euros. L'accent mis sur la prévention doit permettre de poursuivre cette dynamique.

Le groupe Horizons et apparentés reste fidèle à sa ligne de sérieux budgétaire. Nous proposerons des amendements qui tiennent compte d'un contexte de finances publiques contraintes, dans une logique de transparence, de santé publique et de justice sociale. Nous souhaitons que ce PLFSS soit l'occasion, dans un contexte favorable puisque nous sommes à un an des jeux Olympiques de Paris, d'avancer sur le remboursement du sport sur ordonnance pour les patients souffrant du diabète ou du cancer. C'est une recommandation du rapport annuel de l'assurance maladie. Pour ces deux pathologies, les bienfaits sur la santé et l'évolution de ces maladies chroniques sont désormais démontrés mais le coût de la pratique sportive peut rester un frein.

Monsieur le ministre, une programmation pluriannuelle pour la santé vous paraîtrait-elle opportune ? Elle donnerait de la clarté et de la visibilité à l'ensemble des acteurs de santé pour cinq années, et permettrait une cohérence des budgets avec les besoins de santé de la population à l'échelle territoriale ; elle orienterait les évolutions du système de santé vers la

prévention et préparerait notre système de soins à la prise en charge de pathologies complexes et nouvelles.

Entre 10 % et 20 % des nouvelles mères sont touchées par la dépression post-partum. Le diagnostic et le traitement sont cruciaux pour prévenir la chronicité. Nous proposons la création d'un parcours de soins dédiés, mis en place par toutes les ARS avec tous les professionnels de santé concernés, afin d'assurer une détection et un traitement précoces et de renforcer l'information disponible pour les professionnels et les familles.

Enfin, pour continuer de libérer du temps médical, nous proposons de réfléchir à la question de la signature de certificats de décès.

M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES). Une fois n'est pas coutume, commençons par saluer ce qu'il y a de positif dans ce PLFSS : la gratuité des préservatifs et des protections menstruelles pour les moins de 26 ans ; le lancement d'une campagne nationale de vaccination contre les papillomavirus dès la classe de cinquième ; l'évolution du financement des Ehpad par la fusion des sections soins et dépendance ; les prémices de la transition écologique des établissements de santé.

Dès que vos mesures iront dans le bon sens, nous les soutiendrons, mais cela ne nous empêchera pas de vouloir les améliorer. Pourquoi limiter à 26 ans la gratuité des protections menstruelles et des préservatifs, quand il s'agit avant tout d'une question de santé publique ?

Mais soyons clairs, le groupe Écologiste ne pourra pas soutenir ce PLFSS. Ce saupoudrage de mesures ne cache pas le verrouillage des dépenses de santé par le cantonnement des dépenses sous 22 % du PIB jusqu'en 2027. Ni l'Ondam ni les sous-Ondam n'échapperont donc à votre logique austéritaire de maîtrise des dépenses !

Nous nourrissons aussi des doutes sérieux quant à la sincérité du budget qui nous est présenté. De PLFSS en PLFSS, l'Ondam est sans cesse rectifié. L'exemple de l'Ondam hospitalier pour 2023 est frappant : de 100,7 milliards d'euros en loi de financement pour 2023, il est passé à 101,3 milliards en avril dernier pour finalement atteindre 102,5 milliards d'euros aujourd'hui. La différence est de 1,8 milliard d'euros. Comment les hôpitaux peuvent-ils durablement prévoir leur trajectoire financière avec un tel rafistolage budgétaire ?

L'Ondam pour 2024 nous alarme davantage encore. Alors que la Fédération hospitalière de France pointe un abondement nécessaire de 2 milliards d'euros supplémentaires pour couvrir les besoins de cette année, l'Ondam hospitalier pour 2024 n'augmente que de 3,2 %. Votre scénario macroéconomique est certes « plausible », selon le Haut Conseil des finances publiques, mais votre scénario de croissance est bien optimiste. Votre prévision d'inflation présente un risque de dépassement – renforcé par la nouvelle envolée des prix du pétrole – et le risque de dépassement des dépenses de santé est avéré. Monsieur le ministre, pourquoi s'obstiner à présenter un budget de la sécurité sociale qui sous-évalue les crédits nécessaires pour couvrir l'inflation et les dépenses d'investissement ? La réponse est simple : pour maîtriser la dépense. Mais en réalité, à quel prix ! De nouvelles rectifications plongeront à nouveau notre système de soins dans l'incertitude et la contrainte financière. C'est ajouter la crise à la crise.

Dans ce cadre d'austérité budgétaire, ni ce PLFSS, ni les prochains, et ce jusqu'en 2027, ne seront à même de transformer notre système de soins pour répondre aux

enjeux sociaux et environnementaux. Nous ne pouvons pas approuver cette logique d'enveloppe fermée. Ce cadre-là, où chaque mesure de progrès s'accompagne d'une mesure d'économie, nous le rejetons.

Vous osez ainsi lancer la chasse aux arrêts maladie, désormais seule porte de sortie pour les Français en souffrance au travail après votre réforme de l'assurance chômage et des retraites. En doublant la franchise des médicaments, vous faites peser sur les Français la pénurie de médicaments tout en arrosant d'argent public des industriels pharmaceutiques qui délocalisent à l'étranger par pure logique de profit.

L'effondrement climatique a commencé ; l'année 2023 sera probablement l'année la plus chaude jamais connue. Les Restos du cœur doivent restreindre leurs distributions d'aide alimentaire. Les maladies chroniques explosent et frappent d'abord les plus précaires. Et votre réponse aux 12 millions de personnes atteintes d'affections longue durée ? Il faut maîtriser la dépense. Nous ne pouvons y souscrire.

M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES). Quelles nouvelles recettes prévoyez-vous pour financer nos retraites et notre protection sociale ? Vous dites que le déficit se résorbe, mais à quel prix social, à quel prix pour la santé ? La réforme des retraites était censée en finir avec le déficit et la dette ; votre budget nous confirme qu'il n'en est rien. En revanche, les salariés, qui voient la date de liquidation de leur pension reculer, commencent à la sentir passer. Nous espérons un PLFSS rectifiant le texte antisocial et antidémocratique adopté au printemps.

L'Ondam compresse chaque année les dépenses de santé : 3,2 %, c'est moins que l'augmentation tendancielle et cela risque même d'être inférieur à l'inflation. L'année qui vient de s'écouler montre la fragilité des estimations gouvernementales en la matière. L'objectif est donc d'autant plus irréaliste que notre système de santé est sous tension et que, depuis des années, on lui demande de faire toujours plus d'économies. Cela aura des conséquences sur les professionnels, les établissements de santé et les patients.

Vous ne voulez toujours pas voir une réalité incontournable : l'hôpital public est en crise. Non, cela ne va pas mieux ; or le Gouvernement prévoit 500 millions d'euros d'économies à l'hôpital au nom de l'efficacité. Il y a besoin d'ouvrir des négociations salariales globales et d'en finir avec la politique de saupoudrage de primes, la précarité, la sous-reconnaissance des métiers, les sous-effectifs, etc. En outre, aucune mesure n'est annoncée concernant la santé mentale malgré l'échec du dispositif Mon soutien psy, alors qu'il y a besoin d'embaucher massivement des psychologues dans le service public.

Le volume de soins délivrés à l'hôpital n'a toujours pas retrouvé son niveau de 2019. Il faut lutter contre le défaut de soins, le renoncement aux soins, les ruptures de parcours. La tarification à l'activité passera de 54 à 49 % en 2026 : on est loin d'une véritable remise en question.

Vous annoncez des mesures dites de responsabilisation, comme la modification du ticket modérateur pour les soins dentaires, avec un financement par la cotisation mutualiste, ou encore le doublement des franchises médicales. On demande aux assurés de financer eux-mêmes leurs soins – vive la sécurité sociale ! Pendant ce temps, c'est *open bar* pour les multinationales avec des exonérations de cotisations, et hold-up dans les cotisations de

l'Unedic et de l'Agirc-Arrco – qui appartiennent aux salariés, faut-il le rappeler. Vous voulez empêcher la revalorisation des pensions complémentaires en période de forte inflation.

Pendant ce temps, on ne lutte pas assez contre la marchandisation. C'est le cas en matière de médicaments et ce n'est pas une garantie contre les pénuries. La branche autonomie connaît une augmentation de son financement mais nous attendons toujours les mesures fortes et cohérentes garantissant de nouveaux droits. La création de postes ne va pas assez loin et pas assez vite pour les Ehpad et l'accompagnement à domicile. Déployer un service public puissant : voilà ce dont nous avons besoin.

La branche accidents du travail et maladies professionnelles demeure excédentaire sans que l'on décide de s'attaquer plus fortement à la sous-déclaration, à la sous-reconnaissance et aux mauvaises conditions de travail. De plus, ce PLFSS réforme la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur en barémisant l'indemnisation. Or on sait ce qu'il en a été des barèmes pour les licenciements.

Enfin, sans s'interroger sur leur cause, vous instaurez une restriction des arrêts maladie avec une refonte de leur contrôle. Celle-ci donne un pouvoir de suspension au médecin diligenté par l'employeur et limite à trois jours la durée des arrêts de travail délivrés en téléconsultation, alors même qu'il est de plus en plus difficile d'avoir un médecin traitant. Il faut arrêter de rouler toujours sur la même pente. Changez de logiciel !

M. Laurent Panifous (LIOT). Le projet de loi qui nous est présenté dans une période de forte inflation est porté par une volonté d'économies plus que de réelle transition, alors que chacun s'accorde sur la nécessité de réinvestir dans tous les secteurs de la santé.

Le groupe LIOT souhaite que la santé devienne une priorité nationale. Il ne s'agit pas de critiquer le fait de chercher à équilibrer le budget des comptes sociaux, particulièrement après la crise sanitaire qui les a fragilisés, mais de dire que ces économies se font là où il n'en faudrait pas. Je pense par exemple à la limitation des arrêts de travail et à l'augmentation du ticket modérateur pour les soins dentaires. Qu'en est-il également de votre volonté d'augmenter les franchises sur les médicaments et les consultations, qui pénaliseront les assurés les plus modestes ? Les complémentaires santé menacent déjà d'augmenter leurs tarifs.

Nous sommes également opposés à la ponction que vous souhaitez faire sur l'Agirc-Arrco. Alors que les besoins vont croissants, notre système de protection sociale mérite mieux que de simples économies : il nécessite de nouvelles ressources.

Concernant l'accès aux soins, il suffit de regarder la situation des établissements de santé. L'Ondam de 2023 et 2024 ne permet pas de couvrir l'inflation et les revalorisations salariales du mois de juin. S'agissant des territoires insulaires et ultramarins, confrontés à des surcoûts structurels, nous ne pouvons plus repousser sans cesse la revalorisation des coefficients géographiques.

Quant au soutien à l'autonomie, pourtant affiché comme une priorité, le compte n'y est pas : le transfert d'une fraction de la CSG à la CNSA en 2024 ne représentera que 2,6 milliards d'euros, quand tous les rapports sur ce sujet fixent les besoins à près de 8 milliards. Nous appelons à la mise en place d'une contribution spécifique reposant sur une

augmentation de la CSG sur le capital, ou bien d'une contribution sur les donations et successions les plus élevées.

Je veux également insister sur les métiers. Combien de postes ont effectivement été financés sur les 3 000 budgétés en 2023 pour les Ehpad ? Comment tiendrez-vous la trajectoire des 50 000 d'ici 2027, alors que vous annoncez pour 2024 « seulement » 6 000 équivalents, soit moins d'un poste par établissement ? Le signal n'est pas bon. Les difficultés de recrutement ne sont pas dues seulement à la quantité des personnes formées mais aussi aux conditions de travail dans nos établissements et à un ratio d'encadrement trop faible. La volonté du Gouvernement de créer 50 000 postes en Ehpad est une excellente mesure ; l'ouverture concrète de ces postes d'ici à trois ans contribuerait à redonner une image positive de ces métiers, à améliorer leur attractivité et à faire revenir celles et ceux, si nombreux, qui les ont quittés pour des raisons tenant plus aux conditions de travail qu'à la rémunération.

Notre groupe partage la volonté de revoir le modèle des tarifications des Ehpad car il est inutilement complexe et génère des inégalités territoriales. Néanmoins, concernant la fusion des sections « soins » et « dépendance », une double expérimentation permettrait de déterminer qui, des départements ou des ARS, sont les mieux à même de piloter cette nouvelle section.

Le texte comporte un volet intéressant sur la prévention et la lutte contre le non-recours, que nous souhaiterions voir élargi aux plus jeunes, aux plus précaires, aux bénéficiaires de tous les minima sociaux.

S'agissant du remboursement des protections menstruelles réutilisables, notre groupe défendra plutôt un accès gratuit à toutes les femmes de toutes les protections périodiques. C'est un enjeu d'égalité et de santé publique.

Je terminerai par deux grands absents de ce texte : la lutte contre la désertification médicale et la santé mentale, qui demeure le parent pauvre de notre politique de santé.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis de la commission des finances. Tout d'abord, je constate avec satisfaction que le Haut Conseil des finances publiques a jugé plausibles les principales hypothèses macroéconomiques sur lesquelles reposent les textes budgétaires de cet automne. Cela démontre la grande efficacité de la politique économique et de l'emploi conduites ces dernières années par le Gouvernement.

Le PLFSS 2024 traduit une véritable ambition pour notre modèle de protection sociale, tout en prévoyant plusieurs mesures visant à renforcer la pertinence de la dépense publique. Il consacre la poursuite d'un effort important en matière d'accès aux soins de prévention – lancement de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains ; extension des bilans de prévention aux différents âges de la vie.

Le texte est également ambitieux en matière de modernisation de notre système de santé, avec notamment la mesure visant à rééquilibrer le financement des établissements de santé.

L'Ondam, en hausse de 3,2 %, demeure supérieur à l'inflation. Le texte prévoit par ailleurs un total de 3,5 milliards d'euros d'économies, en particulier grâce à la lutte contre la

fraude et à la pertinence des soins. Enfin, nous devrions peut-être dépasser la vision de l'annualité pour savoir ce que nous voulons : que devient la santé du futur ?

M. le ministre délégué. J'ai entendu des mots terribles sur l'austérité de ce texte, qui serait mortifère : or je ne constate rien de tel dans mes comptes. Alors que le déficit public s'établit à 5 % du PIB et que nous avons 3 000 milliards d'euros de dette, l'Ondam continue de progresser plus vite que l'inflation : nous ne sommes pas dans un régime d'austérité. Par ailleurs, l'efficacité de la dépense n'est pas un gros mot. Les contraintes financières existent et la solution à tous les problèmes que vous avez évoqués ne passe pas nécessairement par des moyens supplémentaires.

S'agissant de la pluriannualité, il existe un très bon texte qui traite de cette question, y compris pour le financement de la sécurité sociale : c'est la loi de programmation des finances publiques. L'évolution de l'Ondam y figure, tout comme l'évolution des régimes de base et du FSV. Elle répond à nombre de vos interrogations, raison pour laquelle nous nous étions accrochés pour la faire adopter.

Le Conseil d'évaluation des fraudes aura pour mission d'étudier précisément certains domaines, notamment les dépenses d'assurance maladie, afin d'apprécier la réalité de la fraude et de vérifier si nos politiques de lutte sont efficaces.

Il est hors de question de toucher aux excédents de l'Agirc-Arrco, qui sont la conséquence de sa bonne gestion par les partenaires sociaux. Cependant, la réforme des retraites ayant un impact direct sur le régime Agirc-Arrco, il est légitime que celui-ci contribue à l'équilibre de nos finances publiques.

M. le ministre. J'ai parfois l'impression que le principe même de construction de l'Ondam est oublié : tout ce qui est exécuté à l'année n-1 est intégré dans la base de l'année n, laquelle progresse ainsi d'année en année. L'argument de l'austérité me paraît difficile à soutenir.

Nous ne sommes pas restés les bras ballants face à la situation de l'hôpital, comme le démontrent le Ségur de la santé pour le personnel paramédical et médical ainsi que les mesures annoncées par la Première ministre sur le travail de nuit – 435 euros par mois en moyenne pour une infirmière en fin de carrière, ce n'est pas rien ! De plus, chaque lit rouvert grâce à ces mesures est une victoire : de très nombreux postes sont en effet vacants non pas pour des raisons budgétaires mais par manque d'attractivité. D'ici la fin de l'année, nous devrions avoir rouvert 1 000 à 1 500 lits d'hospitalisation sur les quelques 380 000 existant en France.

Vous avez évoqué, monsieur Maudet, l'effondrement du système de soins. Or les mots ont un sens ! Sur les 680 services d'urgences que compte notre pays, cinq ont été entièrement fermés pendant l'été et de nombreux autres ont été dans l'impossibilité de tenir la totalité des lignes de garde, notamment la nuit. Dans une telle situation, ma responsabilité est de mettre en place un autre système pour que le service soit assuré – c'est ce qui a été fait avec la régulation par le 15 –, mais nous ne fermons jamais un service pour des raisons financières. Certains syndicats ont avancé le chiffre de 1 500 à 2 000 personnes décédées : c'est une honte !

Il faut rémunérer les soignants comme il se doit et non compter sur leur héroïsme – les augmentations des trois dernières années ont été inédites –, et surtout redonner du sens à

leur métier. La régulation n'est pas une situation satisfaisante mais on ne peut pas se contenter d'appeler à la fermeture de petits services d'urgences pour concentrer les moyens sur les gros : certains hôpitaux, malgré tout l'investissement financier qu'on leur consacra, n'arriveront pas à faire face.

Par ailleurs, vous avez parlé d'acte de résistance des manifestants qui ont retenu la directrice générale de l'ARS Bretagne pendant une journée entière. Celle-ci n'était pas en mesure de trouver un médecin urgentiste pour l'hôpital de Carhaix – il est en effet très difficile de forcer quelqu'un à venir travailler contre son gré ! L'hôpital de Carhaix n'a pas été fermé : le service des urgences a été régulé et un médecin militaire est venu en renfort pendant quelques jours.

Les élus locaux avec qui j'ai pu discuter ont considéré que, cette année, la situation avait été mieux anticipée, même si elle reste très compliquée. Je serai transparent avec vous : nous avons connu un été difficile et l'automne le sera également, mais il n'y a pas eu d'effondrement du système de soins.

Monsieur Dharréville, nous sommes le pays où la socialisation de la dépense de santé est la plus élevée au monde, l'assurance maladie obligatoire prenant en charge 80,2 % de la consommation de soins et les complémentaires 12,6 %. Il y a donc une légère marge avant le basculement dans la privatisation du système de santé que vous évoquez.

Monsieur Guedj, la réforme de la T2A est tout sauf une mesurette. Nous ne fixons pas des bouquets avec le même pourcentage de T2A ou de dotation de santé publique dans tout le pays. Nous tenons compte des spécificités des établissements : une clinique chirurgicale sera financée essentiellement par la T2A tandis qu'un centre hospitalier universitaire (CHU) le sera par la T2A mais aussi largement par la dotation.

Nous avons pris du retard dans l'évaluation de ce que peut rapporter l'investissement dans la prévention. Nous devons y parvenir car certains chantiers sont loin d'être arrivés à leur terme – la vaccination contre le HPV est un investissement à vingt ou trente ans.

Je souhaite que nous ouvrons des négociations conventionnelles avec les médecins. J'adresserai dans les prochains jours au directeur général de la Cnam une lettre de cadrage pour en fixer les principes. Ne donnons pas le sentiment que certaines professions n'auraient pas été réévaluées depuis 2014 : cette année, huit accords conventionnels ont été signés avec des professions paramédicales.

S'agissant du sport santé, le PLFSS prévoit de généraliser plusieurs expérimentations. Certains d'entre vous demandent d'aller plus loin ; je suis tout à fait prêt à y travailler pour certaines pathologies, même si cela est très onéreux.

La psychiatrie a longtemps été le parent pauvre de l'hospitalisation, alors qu'elle concerne tous les domaines de la vie quotidienne et affecte le système de santé dans son ensemble. Je souhaite que la négociation conventionnelle aborde ce sujet, la psychiatrie n'étant pas suffisamment rémunérée. Des mesures ont été prises, comme la formation de 70 000 secouristes psy. Je souhaite également généraliser l'expérimentation des infirmiers régulateurs psychiatriques dans les Samu, qui donne des résultats remarquables au moment du risque de passage à l'acte. Concernant la santé mentale des enfants, des assises se sont tenues sur ce sujet et des réponses seront apportées dans les prochains jours. Je rejette l'idée que les

dispositifs tels que Mon soutien psy seraient des échecs : ils sont très largement utilisés. Notre difficulté est de trouver des professionnels pour être présents au bout du fil.

Concernant la pluriannualité, je vous renvoie à la réponse de Thomas Cazenave. Elle est liée à la question de la prévention.

Comme je l'ai déjà indiqué à Stéphanie Rist, je suis favorable à l'ouverture d'un chantier sur la radiothérapie.

Madame Mélin, vous avez évoqué à juste titre néonatalogie. D'un point de vue épidémiologique, ce qui se passe est préoccupant. J'ai demandé à la direction générale de la santé (DGS) de travailler avec les remarquables réseaux régionaux de périnatalité pour tenter de comprendre quels en sont les déterminants – précarité, âge des primo-parturientes, progrès qui permettent la naissance d'enfants encore plus fragiles. Nous devons vérifier si ces dynamiques sont à l'œuvre également dans d'autres pays avant de mener des actions résolues. Certaines existent déjà, comme la prise en compte des inégalités sociales de santé en Île-de-France, qui a permis de faire baisser la mortalité infantile.

Mon seul combat pour l'hôpital public, c'est la réouverture des lits, même si ce n'est pas une très bonne nouvelle pour l'Ondam. Ce qui désespère le plus les soignants, c'est de pas être suffisamment nombreux pour accueillir tous les patients, et que des blocs soient fermés. Les soignants se posent également la question de leurs perspectives professionnelles : c'est un sujet sur lequel nous devons avancer. Par ailleurs, je suis prêt à ouvrir le chantier du remboursement de la radiothérapie ou encore de la dialyse.

Le PLFSS planifie 3,5 milliards d'euros d'économies. Dès mon arrivée, j'ai indiqué que l'on ne pourrait avancer sur la question des franchises si l'on touchait à leur plafond. Le débat parlementaire abordera ce sujet dans la partie sur les recettes, même si ce sont des mesures de nature réglementaire. Si cette mesure est retenue – et je ne dis pas qu'elle le sera –, on ne touchera pas au plafond et on n'ouvrira pas de nouvelle franchise. Son rendement théorique annuel serait de l'ordre de 800 millions. Je souhaite que nous ayons ce débat dans l'hémicycle, après que vous aurez commencé l'examen du PLF.

Monsieur Peytavie, les bénéficiaires de la C2S ont un accès gratuit aux préservatifs et aux protections menstruelles.

Enfin, je ne vois pas où vous trouvez, dans ce PLFSS, une chasse aux arrêts maladie. S'agissant des téléconsultations, l'article est très clair : si vous n'avez pas trouvé de médecin pour vous prescrire un arrêt maladie, vous pouvez l'avoir par téléconsultation. Je ne pense pas, par ailleurs, que le modèle de la téléconsultation et des centres de soins non programmés soit le modèle le plus vertueux.

Mme la ministre. La solidarité à la source est un enjeu majeur de transformation, et pas seulement de simplification. Le montant net social a commencé à apparaître sur les feuilles de paie. L'idée est de généraliser cette nouveauté dès le mois de janvier 2024 ; nous pourrions ainsi mener une expérimentation sur le préremplissage durant l'été 2024, en vue d'une généralisation en janvier 2025. Mais la solidarité à la source va au-delà du préremplissage : elle vise à lutter à la fois contre les indus et les abus, c'est-à-dire contre le non-recours et contre la fraude, et à faire en sorte qu'il y ait un gain au retour à l'emploi, pour que plus personne ne perde de l'argent lorsqu'il reprend une activité.

Nombre de vos questions portaient sur la dépendance et la branche autonomie. Le PLFSS 2024 marque une vraie bascule pour la branche autonomie, avec la fraction de CSG qui lui est associée et la montée en puissance budgétaire.

M. Jérôme Guedj (SOC). Il y a un excédent !

Mme la ministre. Il y a un excédent jusqu'en 2027. Si l'on consomme tout l'excédent, on va vite être en déficit... Il importe de raisonner sur plusieurs années, si l'on veut garantir l'efficacité de cette branche autonomie. Le corollaire, c'est d'engager une refonte des fonds de concours de la CNSA pour garantir leur lisibilité ; il faut entreprendre le virage domiciliaire et avoir des Ehpad plus médicalisés. Entre les deux, on doit imaginer d'autres solutions – résidences autonomie, résidences seniors, habitat intermédiaire – qui, pour l'heure, ne sont financées par la CNSA que de façon très marginale.

La proposition de loi « bien-vieillir », qui va revenir sur le devant de la scène le 20 novembre, comporte de nombreuses avancées, sur les circuits de signalement, la lutte contre la maltraitance, la reconnaissance des aides à domicile, la carte professionnelle, la transparence sur les indicateurs, sans compter les dispositions ajoutées par les parlementaires. J'espère d'ailleurs que ceux dont les amendements ont été adoptés viendront voter pour cette proposition de loi. L'enjeu, pour moi, n'est pas d'avoir une loi qui porte mon nom, mais de trouver le mode d'action le plus efficace. Or je ne suis pas certaine qu'il faille une autre loi. Ce que je veux, c'est garantir la montée en puissance de la branche autonomie, réformer les fonds de concours de la CNSA et travailler dans une logique de coopération avec départements.

L'objectif de créer 50 000 nouveaux postes en Ehpad d'ici 2030 a été budgété l'an dernier ; 150 millions d'euros ont déjà été consommés pour créer 3 000 postes cette année et nous doublerons cet effort puisque nous passerons à 6 000 recrutements l'année prochaine. Les crédits inscrits dans ce PLFSS garantiront cette trajectoire. Mais il ne suffit pas d'inscrire des moyens dans le PLFSS pour garantir les recrutements. Il faut, d'une manière générale, renforcer l'attractivité des métiers du soin, aussi bien dans le champ sanitaire que dans le médico-social. Il importe de revaloriser les salaires, notamment pour le travail de nuit, les jours fériés et le week-end.

J'en viens aux aidants. Je suis très favorable à ce que l'on poursuive l'expérimentation du baluchonnage, ou relayage, qui a fait ses preuves. Nombre de personnes accompagnées souhaitent rester chez elles, parce qu'il serait trop brutal pour elles de quitter leur domicile. Mais les membres de leur famille ont aussi besoin de répit et le relayage à domicile est une solution pour eux. Il reste à savoir si cela doit se faire dans le PLFSS ou dans le cadre de la proposition de loi « bien-vieillir ».

Au sujet de la famille, il faut prendre un vrai virage : la politique familiale doit d'abord être une politique universelle, au service de toutes les familles, en soutien à la natalité. Sur toutes les réformes que nous engageons – reste à charge ou complément de libre choix du mode de garde –, l'idée n'est pas d'exclure certaines familles ou de choisir à la place des parents des solutions pour leurs enfants. Les parents font en général ce qu'ils peuvent et il était incohérent que le reste à charge pour les parents soit plus élevé quand ils ont recours à une assistante maternelle que lorsqu'ils font le choix d'un accueil collectif. Toutes les mesures que nous mettons en œuvre doivent être universelles. Il y a certes des contraintes

budgétaires mais, politiquement, je n'ai aucun tabou. Je suis convaincue qu'il y a un lien direct entre la politique familiale et le nombre d'enfants qui naissent.

S'agissant du post-partum, la politique des 1 000 premiers jours prend aussi en charge la mère : c'est l'objet de l'entretien post-natal précoce, qui permet de déceler d'éventuelles difficultés. Dans une logique de responsabilisation, je pense qu'un parcours devrait être proposé aux deux parents, et pas seulement à la mère, qui concernerait la prévention des nouveaux risques, la sédentarité, l'enjeu des écrans, etc.

La néonatalité est une priorité absolue. Il faut comprendre ce qui se passe pour prendre les bonnes décisions, car les faits rapportés ne peuvent laisser personne indifférent. Le soutien de la natalité devrait être notre premier objectif politique, car le niveau de la natalité dit beaucoup de l'état d'un pays. Il y a un décrochage entre le désir d'enfant et le nombre d'enfants que nous réussissons à mettre au monde. Il importe de laisser le libre choix aux familles, de les accompagner et de les soutenir. Sur ces sujets, je crois que nous pouvons avoir des alliances parlementaires.

M. le ministre. J'aimerais compléter la réponse que j'ai faite à Pierre Dharréville. Je ne pense pas que la socialisation de la dépense de santé soit en danger. En revanche, vous avez raison de dénoncer une forme de marchandisation : le secteur de la santé est traversé par des mouvements de financiarisation très forts. C'est notamment le cas de la biologie médicale. Je l'ai déjà dit, il me paraîtrait important que le Parlement se penche sur cette question centrale, peut-être au travers d'une mission d'information. Les acteurs privés se jettent sur les activités où les tarifs sont plus élevés que les coûts, comme la radiologie, qui sera bientôt complètement sous leur contrôle. Nous avons déjà les travaux de Fadila Khattabi sur le nouveau modèle des centres de soins non programmés, mais il me paraîtrait également important de voir si des changements structurels ont lieu dans le secteur de la pharmacie d'officine, en lien avec le prix du médicament et l'existence d'éventuelles marges arrière.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Benoit Mournet (RE). J'aimerais vous soumettre trois amendements que j'espère voir adoptés en commission et qui nécessitent une levée de gage. Les deux premiers concernent la ministre des solidarités.

L'accueil familial reste assez confidentiel, alors qu'il résout bien des difficultés : il s'agirait donc de conférer un statut aux familles qui le proposent et de revaloriser la somme qu'elles reçoivent.

Le deuxième amendement concerne l'accueil des enfants en IME. Du fait de l'amendement Creton, nombre de jeunes adultes se trouvent encore dans ces établissements destinés à l'accueil des enfants. Il existe pourtant d'autres solutions : l'Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales des Hautes-Pyrénées propose par exemple un dispositif dit tremplin pour sortir de l'IME les jeunes qui le peuvent et leur offrir un accompagnement spécifique. Pourquoi ne pas l'expérimenter plus largement ?

Le troisième amendement concerne les centres experts de psychiatrie, dont nous avons déjà eu l'occasion de parler, monsieur le ministre. Ces centres fonctionnent mais restent malheureusement à un stade expérimental. Sur les cinquante-trois centres que compte notre

pays, seuls trente sont financés. L'idée serait de consolider ce réseau, voire de l'étendre en créant vingt-deux nouveaux centres, pour un coût de 25 millions d'euros. Ces centres ont le mérite d'attirer des psychiatres en dehors des grands CHU, ils offrent une possibilité de recours pour les psychiatres de ville ou les hôpitaux de secteur et, surtout, ils permettent de soigner les malades.

Mme Karen Erodi (LFI - NUPES). Monsieur le ministre, faut-il aller au commissariat pour se faire soigner ? Si je vous pose cette question, c'est parce qu'il semble que le ministre de l'intérieur décide désormais de nos politiques de santé publique.

L'expérimentation du cannabis à usage thérapeutique est un véritable succès, quoi que vous en disiez. Lancée en 2021, elle doit prendre fin en mars prochain et le PLFSS ne prévoit pas de la prolonger. Les associations de patients s'organisent et ont publié une tribune fin septembre, exhortant le Gouvernement à faire entrer dans le droit commun l'usage du cannabis médical. Je viens moi-même de signer une nouvelle tribune en ce sens. Le cannabis médical n'est pas un médicament magique, mais il est efficace pour nombre de patients, à qui il permet d'avoir une vie, des loisirs, un travail, au lieu d'être cloués chez eux par d'intenses douleurs. Près de 300 000 personnes pourraient être soulagées par ce traitement.

J'ai échangé ce matin avec des patients et différents acteurs de la filière française des médicaments à base de cannabis. Tout le monde est prêt – la direction générale de la santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et les laboratoires –, mais le blocage est politique. Quand allez-vous relayer la voix des patients qui souffrent et vous imposer face au ministère de l'intérieur, ainsi qu'à certains membres de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie qui mènent une guerre idéologique contre la drogue, alors qu'on parle ici de médicaments pour mieux vivre avec sa maladie, mais aussi pour bénéficier d'une fin de vie plus apaisée ?

Mme Annie Vidal (RE). Ce PLFSS décline les modalités de mise en œuvre des consultations aux âges clefs de la vie – 25, 45 et 65 ans. Sans avance de frais, elles pourront être effectuées par des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des infirmières. Renforcer la prévention en santé, c'est une manière de faire reculer l'espérance de vie sans incapacité. Pourriez-vous envisager d'élargir ces consultations à d'autres professionnels, par exemple aux kinésithérapeutes ? Enfin, quels dispositifs envisagez-vous pour aller chercher celles et ceux qui sont éloignés des soins et qui sont particulièrement concernés par ces consultations de prévention ?

Mme Farida Amrani (LFI - NUPES). La semaine dernière, nous avons appris que le Gouvernement prévoyait d'instaurer la gratuité des préservatifs et le remboursement des protections hygiéniques pour les jeunes de moins de 26 ans. Parallèlement à ces mesures, sur lesquelles vous voulez sans doute capitaliser, vous prévoyez d'augmenter les contrôles sur les arrêts maladie et de ponctionner l'Unedic pour financer le service public de l'emploi. Bref, à chaque PLFSS, vous entretenez l'asphyxie de nos services publics.

Vos mesures d'affichage ne suffiront plus à masquer les résultats réels de votre politique. Nos hôpitaux et nos Ehpad publics s'enfoncent dans une impasse financière. Le déficit structurel des hôpitaux va bientôt représenter le double de ce qu'il était avant la crise sanitaire et il va continuer de se creuser, du fait de l'explosion du coût de l'énergie. Les fermetures de lits vont s'intensifier, contrairement à ce que vous dites, monsieur le ministre. Une enquête de la Fédération hospitalière de France menée auprès des établissements en

psychiatrie montre que 58 % d'entre eux vont voir leurs capacités diminuer et que 24 % sont déjà contraints de fermer 10 à 30 % de leurs lits. Les besoins augmentent mais vous poursuivez la politique de sous-financement chronique de notre système de santé. Quand allez-vous enfin sauver notre bien commun qu'est l'hôpital public ?

Mme Michèle Peyron (RE). Depuis 2018, à la suite d'une mission gouvernementale qui m'a été confiée, je me suis engagée pour la protection maternelle et infantile (PMI) et, d'une manière générale, pour la petite enfance. L'une des principales recommandations de mon rapport était la cotation des actes de puériculture et la Cour des comptes a fait la même recommandation dans un rapport de 2021.

La loi du 7 février 2022 prévoyait la remise d'un rapport sur la mise en œuvre de négociations conventionnelles visant à inscrire les actes et examens effectués par les infirmières puéricultrices parmi les actes pris en charge par l'assurance maladie ; il n'a toujours pas été remis. Des négociations conventionnelles sont-elles en cours en vue de l'intégration des actes de puériculture dans la nomenclature générale des actes professionnels ?

Ma seconde question concerne l'entretien post-natal précoce, qui constitue une avancée majeure pour le repérage de la dépression du post-partum. Remboursé à 70 %, il doit avoir lieu entre la quatrième et la huitième semaine suivant l'accouchement. Or le taux de recours à cet entretien est très bas, notamment chez les femmes les plus précaires. Comment lutter contre le non-recours ?

Mme Isabelle Valentin (LR). De nombreux acteurs de terrain se plaignent du manque d'ambition de votre PLFSS. Même s'ils ont conscience que des moyens supplémentaires ont été décidés, tous nous disent que la moitié de ces moyens finance de l'administratif, au lieu de financer le soin.

L'hôpital est en crise, puisqu'il manque aux seuls hôpitaux 1,9 milliard d'euros pour 2023 : 1,5 milliard au titre de l'inflation et 400 millions pour les revalorisations des gardes de nuit.

Trois enjeux majeurs attendent le secteur médico-social : il faut redresser sa situation budgétaire, considérablement dégradée ; atteindre l'objectif de recrutement de 50 000 personnes d'ici 2027 ; transformer le secteur, notamment en matière de gouvernance et de financement. À ce stade, le PLFSS ne relève pas ces défis. Des efforts importants doivent être faits pour doter les établissements de ressources budgétaires suffisantes, développer les formations, mettre à jour les référentiels et revaloriser les métiers du médico-social de façon équitable entre privé et public. Comment envisagez-vous cette réforme d'ampleur ?

M. Paul-André Colombani (LIOT). Monsieur le ministre, je tiens d'abord à vous remercier publiquement pour les interventions et les arbitrages qui ont permis de sauver la maternité de Porto-Vecchio.

Cela étant dit, je suis en profond désaccord avec les propos que vous avez tenus à propos du « délit statistique » des médecins libéraux. Les choses sont différentes, selon qu'on les observe depuis son bureau de la Cnam ou qu'on les expérimente dans la vraie vie.

Il y a quelques semaines, un médecin généraliste a été convoqué devant la commission paritaire de son département, parce que son taux d'arrêts maladie avait largement augmenté. Mais cela faisait suite au départ et au non-remplacement de ses associés et de certains médecins de son territoire rural.

Avec les articles 7 et 27 de ce PLFSS, il n'y aura plus de commission paritaire, si bien que le médecin ne pourra plus se défendre, et il se verra retirer ses cotisations sociales. La mobilisation des médecins libéraux, à partir de vendredi, risque d'être historique. Quelle réponse pouvez-vous leur faire ?

M. Didier Martin (RE). Aurons-nous encore des médecins traitants dans quelques années ? Il faut garantir l'attractivité du métier, de bonnes conditions d'exercice et un bon niveau de rémunération si nous voulons garantir l'accès des Français à une médecine de proximité, inscrite dans le temps et dans la confiance. Je rappelle que nombre de patients souffrant d'une affection de longue durée n'arrivent pas à trouver un médecin traitant.

Les médecins généralistes ont effectivement déposé un préavis de grève pour vendredi. Il faut entendre leur exaspération et leur demande de revalorisation. Si l'on veut sauver la médecine libérale et le rôle du médecin généraliste, il est urgent de reprendre le dialogue et de trouver des solutions.

Il est essentiel, enfin, de faire de la prévention, notamment auprès des jeunes, car veiller à la santé des jeunes, c'est réduire les dépenses de santé pour les décennies à venir. J'aimerais donc vous entendre, monsieur le ministre, au sujet du pass santé jeunes.

Mme la ministre. Monsieur Mournet, le Gouvernement accueillera favorablement votre amendement sur l'accueil familial. Quant à l'amendement relatif au dispositif tremplin, je peux vous dire que le Gouvernement lèvera le gage, mais il faudra réfléchir à la manière de le mettre en œuvre – peut-être au travers d'une expérimentation ?

Madame Peyron, en matière de PMI, on a eu tendance à privilégier l'aspect sanitaire et il importe à présent de renforcer la dimension pédagogique, ce qui ira de pair avec une revalorisation des métiers du secteur de la petite enfance. Avec la rapporteure générale, nous réfléchissons aux moyens de renforcer le recours à l'entretien post-natal précoce. Cet entretien est essentiel, car il permet de déceler à la fois les éventuelles difficultés de post-partum des femmes et celles des enfants. J'insiste sur le fait qu'il importerait que les deux parents se rendent à cet entretien, dans une logique de responsabilisation du second parent.

Madame Valentin, il faut effectivement recruter massivement dans le secteur médico-social. Nous manquons de professionnels et la pénurie entretient la pénurie, car la charge de travail pèse sur ceux qui restent, avec un risque de burn-out ou le sentiment de maltraiter les personnes dont ils devraient prendre soin – les résidents en Ehpad ou les enfants dans les crèches. Nous investissons 2,1 milliards d'euros sur la période 2021-2025 dans le seul secteur médico-social. Il y a aussi un vrai travail culturel à faire : les métiers du médico-social, qui nécessitent pourtant une formation et de la technicité, n'ont pas été suffisamment reconnus et valorisés, alors que ce sont ceux qui permettent à notre société de tenir. Pendant le covid, des crèches sont restées ouvertes pour que le personnel soignant puisse continuer à travailler et on l'a oublié, précisément parce qu'on a trop tendance à oublier le médico-social. Vous avez devant vous deux ministres qui travaillent main dans la main pour réduire cet écart entre le sanitaire et le médico-social.

Les moyens des Ehpad ont été renforcés de 100 millions d'euros en 2023, afin de soutenir ceux d'entre eux qui rencontraient des difficultés conjoncturelles ; on a introduit le bouclier tarifaire ; on a remis 100 millions en fonds de soutien exceptionnel et installé les commissions départementales, sous l'égide des ARS, pour réunir financeurs et créanciers. L'enjeu est d'évaluer ce qui relève de difficultés conjoncturelles et de problèmes structurels. Il est clair que certains établissements ne correspondent plus à ce que devraient être nos Ehpad : il importe de les repenser et d'en faire, soit des Ehpad de demain, soit l'une des solutions intermédiaires que je décrivais tout à l'heure. Ces évaluations vont avoir lieu ; j'ai demandé aux ARS que les parlementaires soient tenus informés de leurs conclusions et que, s'il y a des cas critiques dans votre circonscription, vous puissiez être associés à ces réunions.

M. le ministre. Monsieur Mournet, je pense que la question des centres experts en psychiatrie nécessite d'être retravaillée. Il ne fait aucun doute que le modèle développé par la fondation de coopération scientifique FondaMental est intéressant. Mais nous devons aussi avoir une réflexion plus globale sur la prise en charge de la santé mentale, et c'est dans ce cadre que nous pourrions envisager l'éventuelle généralisation de ce dispositif. Permettez-moi d'y réfléchir encore pendant quelques jours, avant d'y revenir avec vous.

Madame Erodi, je crois vous avoir répondu : au 1^{er} janvier 2024, l'expérimentation relative au cannabis thérapeutique sera prolongée. La DGS et l'ANSM, dont vous dites qu'elles sont prêtes, sont des administrations qui sont sous mon autorité : je vais donc voir directement avec elles. La question n'est pas idéologique ; il se trouve seulement que le cannabis à usage thérapeutique n'est pas un traitement à proprement parler, puisqu'il n'y a pas d'autorisation de mise sur le marché européen.

Madame Vidal, les rendez-vous de prévention aux âges clefs sont en effet un dispositif essentiel, sur lequel nous avons pris du retard. Nous en sommes au stade de l'expérimentation à l'échelle des Hauts-de-France. Il faudra réfléchir au contenu de la consultation, aux professionnels qui pourront la donner et à son tarif.

Madame Amrani, il y a bien de l'affichage : sur la fiche de paie des salariés dont la rémunération bénéficie de la plus forte augmentation depuis vingt-cinq ans.

Madame Peyron, la nomenclature des actes des infirmières puéricultrices libérales et en PMI n'a pas évolué. C'est l'ensemble des infirmières puéricultrices, libérales, en PMI en milieu hospitalier qu'il nous faudra considérer.

Monsieur Colombani, je ne crois pas qu'il y ait de délit statistique. J'ai dit « à patientèle équivalente ». Les articles 7 et 27 sont de nature très différente. L'article 7 concerne la fraude et l'article 27 les conditions dans lesquelles on peut suspendre des indemnités journalières.

Monsieur Martin, j'adresserai dans quelques jours une lettre de cadrage au directeur général de l'assurance maladie, pour rappeler la place centrale du médecin traitant. Après avoir insisté sur le soin non programmé, nous devons nous reconcentrer sur le médecin traitant. Le problème de l'attractivité est une évidence, et nous ne sommes pas au bout du chemin pour ce qui est des questions financières.

En conclusion, au-delà du PLFSS 2024, nombre de sujets méritent que l'on y travaille.

Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq. Je vous remercie, monsieur le ministre, pour vos réponses et votre temps. Comme vous l'avez dit, la commission a de nombreux travaux en cours, des missions, des rapports d'évaluation, notamment de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La séance est levée à dix-neuf heures trente.

Présences en réunion

Présents. - M. Éric Alauzet, Mme Farida Amrani, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, M. Louis Boyard, M. Elie Califer, M. Victor Catteau, M. Paul-André Colombani, Mme Laurence Cristol, M. Pierre Dharréville, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Karen Erodi, M. Marc Ferracci, M. Philippe Frei, M. François Gernigon, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Servane Hugues, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, M. Didier Le Gac, M. Laurent Leclercq, Mme Katiana Levavasseur, M. Didier Martin, Mme Joëlle Mélin, M. Serge Muller, M. Yannick Neuder, M. Laurent Panifous, Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, Mme Maud Petit, Mme Michèle Peyron, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc, Mme Stéphanie Rist, M. Jean-François Rousset, M. François Ruffin, M. Freddy Sertin, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Nicolas Turquois, Mme Isabelle Valentin, Mme Annie Vidal

Excusés. - M. Thibault Bazin, M. Paul Christophe, Mme Caroline Fiat, M. Philippe Juvin, Mme Rachel Keke, M. Jean-Philippe Nilor, M. Olivier Serva

Assistaient également à la réunion. - Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Michel Lauzzana, M. Damien Maudet, M. Benoit Mournet, M. Benjamin Saint-Huile