



Propositions d'amendements au PLFSS 2023 France Assos Santé

Table des matières

I. Sur les articles du texte	3
Article 27- Rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie : intégrer les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) au dispositif	3
Article 24 -Contrat installation : maintenir l'exigence d'une activité entrant dans le cadre de l'exercice coordonné	3
Article 43 -II téléconsultations : instaurer une orientation des patients vus en téléconsultation vers une consultation en présentiel lorsqu'un arrêt de travail est justifié afin de permettre son indemnisation	3
II. Articles additionnels	4
Après l'article 19 : Prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite	4
Après l'article 20 : Prise en charge à 100% des vaccins obligatoires	5
Après l'article 21 : Adapter la prise en charge des transports sanitaires aux besoins des patients	6
Après l'article 21- Forfait Patient urgences : exonération ALD et clarification des situations de facturation	6
Après l'article 21 : Agir sur les restes à charge élevés à l'hôpital	7
Après l'article 21 : Suppression franchises et participations ALD	8
Après l'article 22 : Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM	9
Après l'article 23 : Plafonner les dépassements d'honoraires	9
Après l'article 23 : Adapter le parcours de soins coordonné au contexte de la difficulté d'accès aux soins	10
Après l'article 30 : Fixation du prix du médicament, prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement	12
Après l'article 30 : Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)	12
Après l'article 31 : Supprimer les franchises sur les médicaments génériques	13
Après l'article 28 : Réaffirmer le droit universel à la compensation des conséquences d'un handicap et de la perte d'autonomie	14
Après l'article 37 : Revoir les modalités d'indemnisation des arrêts de travail dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)	15
Après l'article 37 : Indemniser les arrêts de travail des personnes travaillant à temps très partiel	16
Après l'article 37 : Indemniser les absences pour soins des malades chroniques	17
Après l'article 38 : Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé	19
Après l'article 38 : Assurer la portabilité du contrat de groupe obligatoire pendant 1 an pour les ex salariés en arrêt maladie	20
Après l'article 44 : Renforcer la démocratie en santé : instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées	21
III. Soutien de propositions complémentaires	22
Après l'article 9 : instauration d'un prix minimum de vente des boissons alcooliques	22
France Assos Santé soutient également la proposition de Médecins du Monde : « Intégration de l'AME dans la Sécurité Sociale »	23

I. Sur les articles du texte

Article 27- Rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie : [intégrer les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat \(AME\) au dispositif](#)

Dispositif

Article 17

Au 4^{ème} alinéa, après le mot « assurés » les mots « et aux bénéficiaires de l'AME » sont rajoutés

Exposé des motifs

Les personnes en situation de précarité, parmi lesquelles les bénéficiaires de l'AME, sont les plus à risque de développer des pathologies et de faire face à des difficultés de santé, mais sont très peu concernées par les programmes de prévention. Cet amendement propose donc d'intégrer les bénéficiaires de l'AME à ce dispositif.

Article 24 -Contrat installation : [maintenir l'exigence d'une activité entrant dans le cadre de l'exercice coordonné](#)

Dispositif

Article 24

Le 2° du I est modifié et ainsi rédigé :

2° Après les mots : « Le signataire respecte les tarifs opposables », les mots « ou adhère à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires prévu dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. » sont supprimés

Exposé des motifs

Cet article propose de maintenir les marges de manœuvre des ARS relatives aux contrats de début d'exercice. En effet, la mesure rétablit pour l'ARS, la possibilité d'avoir une exigence particulière pour les étudiants/ remplaçants titulaire d'un contrat d'exercice : celle de s'engager à participer à un exercice coordonné, au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10 et L. 6323-3 du présent code . A l'ère du travail en groupe, il apparaît capital de maintenir cette marge négociation pour les agences régionales de santé, notamment pour encourager les jeunes praticiens en début de carrière à choisir l'exercice coordonné. Par ailleurs, cet article flèche les contrats sur les seuls praticiens à tarif opposable, rendant caduque la possibilité aux praticiens de secteur 2 et adhérents à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires de bénéficier du présent contrat.

Article 43 -IJ téléconsultations : [instaurer une orientation des patients vus en téléconsultation vers une consultation en présentiel lorsqu'un arrêt de travail est justifié afin de permettre son indemnisation](#)

Dispositif

A l'article 43, à la fin du 4^{ème} alinéa une phrase ainsi rédigée est rajoutée :

« Si l'état de santé le justifie, le médecin prescrit un arrêt de travail et oriente le patient vers une structure de soins non programmé ou à défaut un service de régulation téléphonique afin qu'il puisse rapidement avoir accès à une consultation physique et à une éventuelle prolongation de l'arrêt. Dans le cas où le patient a déclaré un médecin traitant, le médecin vu en téléconsultation peut également prendre contact avec celui-ci, sous réserve de l'accord du patient, pour l'alerter de la nécessité d'une consultation rapide »

Exposé des motifs

Dans un contexte où 11% de la population n'a pas de médecin traitant, où pour les personnes en ayant déclaré un, le délai moyen d'accès est de 3 jours, et où beaucoup de médecins généralistes ne peuvent plus prendre de nouveaux patients, la mesure consistant à supprimer les Indemnités journalières maladie dans le cadre des arrêts de travail prescrits hors médecin traitant en téléconsultation, constitue une atteinte à la protection des assurés et une atteinte à l'égalité entre les travailleurs en fonction de leur lieu de résidence, alors même qu'aucune mesure forte permettant un accès effectif aux soins et à un médecin traitant, n'est proposée. Faute d'accès à son médecin traitant ou à un médecin généraliste en cabinet, dans un délai raisonnable, le risque est l'engorgement des urgences, déjà saturées.

Cet amendement vise à engager les médecins à orienter systématiquement les patients qui les téléconsultent vers une solution pour pouvoir bénéficier d'une consultation rapide, lorsque l'état de santé le nécessite, afin de ne pas être pénalisé par la suppression des indemnités journalières lorsqu'un arrêt de travail est justifié.

II. Articles additionnels

Après l'article 19 : **Prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite**

Dispositif

[Article L1172-1 du code de la Sécurité Sociale](#)

A l'article L.1172-1 Une phrase ainsi rédigée est rajoutée « *Les activités physiques prescrites sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans des conditions fixées par décret* »

Exposé des motifs

Les bienfaits de l'activité physique sont prouvés scientifiquement (moins de récurrences dans les cancers du sein et du colon), que ce soit, pour promouvoir la santé, en termes de prévention

primaire pour réduire les risques liés à la sédentarité, ou en prévention secondaire pour freiner l'évolution, voire améliorer, un état de santé dégradé. L'activité physique et sportive entraîne des bénéfices tant au niveau physique et physiologique que psychologique et social en réduisant la consommation de certains médicaments. Si l'instauration de la prescription par le médecin, pour les personnes en ALD, d'une activité physique adaptée (APA), est une avancée dans la reconnaissance de l'activité dans le cadre du parcours de soins, de nombreux freins demeurent, dont principalement l'absence de prise en charge financière qui accentue les inégalités sociales d'accès à l'activité physique. Cet amendement vise à inscrire dans le droit commun le principe d'une prise en charge financière de l'activité physique adaptée prescrite afin de la rendre accessible à tous les assurés en ALD.

Après l'article 20 : **Prise en charge à 100% des vaccins obligatoires**

Dispositif

ARTICLE L.160-14 du Code de la Sécurité Sociale

1° A l'article L.160-14, après le 26°, il est ajouté un 27° ainsi rédigé :

« Pour les frais liés aux vaccinations obligatoires prévues à l'article L.3111-2 du Code de la santé publique. »

Exposé des motifs

Des vaccinations obligatoires doivent s'accompagner d'un dispositif permettant un accès facilité à la vaccination. Plus particulièrement, les parents ne doivent rencontrer aucun obstacle financier pour faire vacciner leurs enfants. Le système proposé actuellement (entre 60% et 70% pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, en dehors du ROR intégralement remboursé par l'assurance maladie obligatoire), n'est pas satisfaisant. En effet, tous les parents n'ont pas forcément d'assurance maladie complémentaire pour permettre le remboursement intégral. Le gouvernement indique que pour eux, il reste la possibilité de s'adresser aux centres de vaccination ou aux PMI, mais ces dispositifs sont inégalement répartis sur le territoire.

Il existe donc un risque réel que des motifs financiers contraignent des parents à ne pas vacciner leurs enfants, alors que l'objet même de l'extension de l'obligation est d'augmenter la couverture vaccinale. Pour augmenter la couverture vaccinale, il faut donc mettre les moyens, y compris financiers.

Pour compenser cette mesure d'un coût de 110 à 120 millions d'euros par an (d'après le rapport de concertation citoyenne d'octobre 2016), il conviendra de prévoir des négociations avec les laboratoires qui produisent les vaccins afin d'en baisser les prix, sachant que le nombre de vaccins vendus doit augmenter avec l'extension d'obligation.

Après l'article 21 : Adapter la prise en charge des transports sanitaires aux besoins des patients

Dispositif

[Article L322-5 du code de la sécurité sociale](#)

Au premier alinéa, après les mots « compte-tenu », » sont ajoutés les mots « *de la situation individuelle du patient,* ».

Exposé des motifs

Certaines personnes en activité professionnelle et nécessitant des soins, peuvent avoir un intérêt à se rendre dans un établissement plus proche de leur lieu d'activité professionnelle ou délivrant les soins nécessaires à une heure plus tardive. C'est le cas par exemple de certaines personnes dialysées et souhaitant maintenir leur activité professionnelle, qui peuvent se rendre dans un centre pratiquant la dialyse après les heures de travail, centre qui se peut se trouver potentiellement plus éloigné du domicile. La prise en charge des frais de transports est aujourd'hui limitée au centre le plus proche du domicile, or la prise en charge de transports pour se rendre dans des établissements plus adaptés à la vie quotidienne des personnes permettraient d'éviter le recours à des arrêts de travail et l'indemnisation par le biais d'indemnités journalières, tout en favorisant le maintien en emploi.

Par ailleurs, certaines personnes en situation de handicap se voient dans l'obligation de se rendre dans un centre de soins plus éloigné de leur domicile, mais plus adapté à leur handicap, que ce soit en terme d'accessibilité des locaux, mais aussi du plateau technique (ex appareil mammographie adapté, etc), or ces personnes se voient refuser la prise en charge au motif que le centre est plus éloigné.

Les personnes à mobilité réduite n'ayant pas de moyen de locomotion, peuvent également renoncer à des soins, non pris en compte dans le cadre d'une ALD, tels que des rendez-vous chez le dentiste, l'ophtalmo, du fait d'une absence de prise en charge des transports dans ce cadre.

Certains patients se voient également refuser des prises en charge par des centres de soins ou des professionnels de santé et sont dans l'obligation de s'éloigner du domicile.

Cet amendement vise à permettre la prise en charge des frais de transports dans toutes les situations nécessaires pour tenir compte des difficultés d'accès aux soins.

Après l'article 21- Forfait Patient urgences : exonération ALD et clarification des situations de facturation

Dispositif

[Article L160-13 du code de la Sécurité sociale](#)

Au 4^{ème} alinéa de l'article L160-13 :

1. les mots « *un passage non programmé* », sont remplacés par les mots « *une prise en charge complète* »
2. Les mots « *au 11° et au 13°* » sont remplacés par les mots « *aux 3°, 4°, 11°, et 13°* »

Exposé des motifs

La rédaction actuelle de l'article offre des libertés aux établissements. Certains facturent le forfait patient urgences à des personnes s'étant présentées aux Urgences mais n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge (inscription mais départ avant la prise en charge). Or le forfait qui remplace les anciennes facturations a bien vocation à n'être facturé que lorsque le patient bénéficie d'une prise en charge complète, il est donc nécessaire de clarifier ce dispositif.

Par ailleurs, la création d'un Forfait Unique Urgences, redevable, même s'il est réduit, par les personnes actuellement bénéficiaires d'une exonération de Ticket modérateur, vient créer un reste à charge supplémentaire et revient en particulier sur le principe même de l'Affection de Longue Durée, dont les soins et les actes sont pris en charge à 100%. Les personnes malades chroniques sont déjà soumises aux restes à charge les plus élevés en valeur absolue, du fait de leurs besoins de santé importants, et ce malgré l'ALD, car ils sont soumis au paiement des franchises médicales, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires, et tous les frais non pris en charge par l'Assurance maladie. Il est donc inenvisageable de venir rajouter des restes à charge supplémentaires en créant un Forfait en remplacement du Ticket modérateur. Cet amendement vise donc d'une part à clarifier les conditions de facturation du Forfait, et d'autre part à maintenir des situations d'exonérations existantes concernant le Forfait unique récemment créé.

Après l'article 21 : Agir sur les restes à charge élevés à l'hôpital

Dispositif

Article L160-13

A la fin du 2^{ème} alinéa du I est rajoutée la phrase « La participation de l'assuré n'est pas due au delà d'un montant annuel fixé par décret »

Article L174-4

A l'article L.174-4, une phrase ainsi rédigée est ajoutée à la fin du 3^{ème} alinéa : « Le forfait journalier n'est pas dû au-delà d'un montant annuel fixé par décret »

Exposé des motifs

La question des restes à charge hospitaliers a été particulièrement mise en lumière lors de la crise Covid avec des restes à charge facturés aux patients hospitalisés pouvant s'élever parfois à des milliers d'euros.

La problématique se pose essentiellement pour les personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, qui représente environ 3 millions de personnes (soit 5% de la population) et parmi elles de nombreuses personnes en situation de précarité (12% des 20% de personnes les plus pauvres sont sans complémentaire santé, y compris sans CSS)

Cette problématique va au-delà de crise Covid sachant qu'une étude sur les restes à charge hospitaliers (Ticket modérateur + Forfait journalier) réalisée sur la base des données PMSI de l'AP-HP, effectuée en 2016^[1], révélait que le reste à charge moyen par séjour se situait autour de 250€ mais celui des personnes non exonérées de ticket modérateur était de 785€. Par ailleurs une analyse du dernier décile des restes à charge les plus élevés fait état d'un reste à charge moyen pour les personnes de plus de 70 ans assujetties au ticket modérateur de 2475€ et pour les enfants soignés pour une bronchiolite ou problèmes digestifs, de 1741€.

Nous demandons donc que des dispositions permettant d'exonérer les personnes hospitalisées du ticket modérateur et du forfait journalier (notamment pour les personnes en ALD qui bien qu'exonérées du TM dans le cadre de leur ALD, peuvent avoir des frais élevés de forfait journalier liés à des séjours prolongés ou itératifs) au-delà d'un plafond annuel à déterminer.

Après l'article 21 : Suppression franchises et participations ALD

Dispositif

[Article L160-15](#)

A la fin du 1^{er} alinéa de l'article L160-15 du code de la sécurité sociale, après « L.861-1 » sont insérés les mots « ainsi qu'aux personnes atteintes d'une affection relevant du 3° et du 4° de l'article L160-14 »

Exposé des motifs

Les personnes malades reconnus en Affection de Longue Durée, disposent théoriquement d'une prise en charge à 100% des actes et prestations liées à leur ALD du fait d'une reconnaissance de soins de longue durée et coûteux. Néanmoins ils ne sont pas exonérés des franchises et participations forfaitaires, alors même qu'ils ont un recours aux soins plus important, et se retrouvent donc avec des facturations plus importantes de forfaits et franchises. Par ailleurs, bénéficiant du tiers-payant pour leur ALD, ces forfaits et franchises, ne pouvant être récupérées au fil de l'eau, sont regroupées et récupérées d'un coup, avec une

^[1] https://www.hospinnomics.eu/wp-content/uploads/2019/05/Recto_verso_n11-les-RAC.pdf

rétroactivité possible de 5 ans, ce qui peut engendrer des sommes importantes pouvant aller jusqu'à 500€.

Rappelons enfin, que bien qu'en ALD, ces personnes malades accusent, du fait de leur consommation de soins importante, les restes à charge les plus élevés.

Cet amendement vise donc à rétablir plus de justice, en supprimant les franchises et participations forfaitaires en lien avec une Affection de Longue Durée

Après l'article 22 : [Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM](#)

Dispositif

[Article L182-2-2](#)

Après l'alinéa 2 de l'article L. 182-2-2 du Code de la Sécurité sociale est ajouté un 4° rédigé comme suit :

« 4° Un représentant des associations d'usagers désigné par le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein parmi les associations d'usagers agréées au titre de l'article L 1114-1 du Code de la Santé publique ».

Exposé des motifs

Si France Assos Santé, la FNATH et l'UNAF siègent, en tant que représentants d'usagers, au conseil de la CNAM au sein du collège depuis la réforme d'août 2004, leur place n'est pas expressément reconnue au conseil de l'UNCAM notamment compétente pour négocier les conventions nationales avec les professionnels de santé.

De fait, les usagers, auxquels ces conventions font directement grief, ne peuvent prendre part aux négociations qui précèdent leur publication.

Cette situation n'est socialement pas tenable, d'autant que les Commissions de Recours Amiable des CPAM sont désormais ouvertes aux représentants d'usagers. Le présent projet d'amendement propose d'y remédier. **Il est proposé d'assurer le financement de ces actions et des coûts afférents par le Fonds National de Démocratie Sanitaire (FNDS).**

Après l'article 23 : [Plafonner les dépassements d'honoraires](#)

Dispositif

[Article L162-5-13 du code de la Sécurité Sociale](#)

Au II de l'article L162-5-13, les mots *« lorsqu'elles autorisent la pratique des honoraires différents des tarifs qu'elles fixent, soit un plafond de dépassement par acte, soit un plafond annuel pour les dépassements perçus par un praticien pour l'ensemble de son activité, ce plafond pouvant être déterminé en fonction du montant total des dépassements constatés l'année précédente. »* sont supprimés et remplacés par *« prévoient que les tarifs des médecins*

mentionnés à l'article L162-5, ne peuvent donner lieu à dépassement au-delà d'un taux de 50% des tarifs opposables »

Exposé des motifs

Le renoncement aux soins pour raisons financières reste l'un des premiers motifs indiqués par les français. Un sondage BVA de France Assos Santé faisait état en 2019 d'un taux de 44% de personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières. Parmi les répondants 67% indiquaient avoir subi régulièrement des dépassements d'honoraires et parmi eux 30% en subir souvent. Cette situation tend à s'aggraver au fil des années au regard du nombre de plus en plus important de médecins spécialistes qui s'installent en secteur 2, sachant qu'en 2020 69% des nouveaux médecins installés se sont installés en secteur 2. Dans certains territoires l'offre de soins en secteur 1 devient presque nulle, entraînant un cumul de dépassements d'honoraires pour les patients qui n'ont pas le choix du secteur d'intervention. Malgré l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) qui ne concerne qu'un peu plus de 50% des médecins, et limite le dépassements d'honoraires jusqu'à hauteur de 100%, le taux moyen de dépassement d'honoraires n'a plus baissé l'année dernière. Il est urgent d'introduire dans la loi à minima une limitation plus stricte de ces dépassements pour limiter le montant global de ces frais, qui devra s'accompagner d'un travail sur la tarification actuelle de l'ensemble des actes afin de déterminer si des revalorisations sont nécessaires ou non.

Après l'article 23 : Adapter le parcours de soins coordonné au contexte de la difficulté d'accès aux soins

- Etendre le rôle de coordination aux paramédicaux pour les parcours des malades chroniques
- Mettre en œuvre un accompagnement renforcé pour l'accès au Médecin traitant et supprimer la pénalité financière dans le cadre de ce suivi

Dispositif

[Article L-162-5-3 du CSS](#)

L'article L-162-5-3 est modifié et ainsi rédigé :

« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut-être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire. Le médecin traitant peut-être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323- 1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323- 1 du code de la santé publique peuvent être conjointement

désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié. Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code. Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages.

Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation prévue au I de l'article [L. 160-13](#) peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins ou lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale.

Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables :

1° Lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie ;

2° Lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus ;

3° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin des armées ;

4° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'elle est amenée à lui dispenser.

5° Lorsque le patient n'ayant pas de médecin traitant est accompagné par le dispositif mentionné au III

II. Les personnes atteintes d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L160-14 du code de la Sécurité Sociale, peuvent désigner un autre professionnel de santé faisant partie de l'équipe de soins, pour assurer les fonctions de coordination de leur parcours.

III La Caisse d'Assurance maladie propose systématiquement aux patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré, un accompagnement renforcé pour l'accès au médecin traitant, en lien avec les structures du territoire, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, ou à défaut les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, dont les modalités sont fixées par décret. »

Exposé des motifs

Instaurée en 2004 pour lutter notamment contre le nomadisme médical, la mesure consistant à miser l'intégralité de la coordination du parcours de soins sur le médecin traitant, avec notamment un moindre remboursement des consultations de spécialistes des personnes ne respectant pas le parcours de soins coordonné, ne nous paraît aujourd'hui plus pertinente dans le contexte actuel. La désertification médicale et la difficulté d'accès à un médecin traitant (11% de personnes sans médecin traitant et une démographie en médecine générale en baisse continue) fait apparaître cette mesure comme inadaptée et essentiellement punitive pour les patients alors que l'offre de soins se complique de plus en plus. Par ailleurs, cette disposition entraîne des renoncements aux soins car des personnes ne vont pas voir de spécialistes du fait de l'absence de médecins traitant (même si des instructions sont données

au niveau Assurance maladie pour que les personnes n'ayant pas trouvé de MT ne soient pas pénalisés, ce n'est pas une disposition légale d'une part, et d'autre part cela demande que les personnes se manifestent et saisissent la caisse sur ce sujet, ce qui n'est pas forcément connu des personnes, ni simple).

Il apparait donc nécessaire de moderniser la notion de parcours de soins coordonné, en :

- S'appuyant sur les délégations de compétences, et notamment sur les IPA qui peuvent assurer les fonctions de coordination des parcours des malades chroniques
- Instaurant un véritable accompagnement pour l'accès à un médecin traitant, en s'appuyant sur les Caisses d'Assurance maladie et les structures territoriales, telles que les CPTS, dont l'une des missions essentielles est l'accès au médecin traitant. La Caisse d'Assurance maladie devra déployer systématiquement des actions d'aller-vers les personnes sans médecin traitant, et leur proposer un accompagnement par les structures territoriales afin qu'un Médecin traitant puisse être trouvé. Les personnes suivies dans le cadre de ce dispositif ne seront pas concernées par la majoration du Ticket modérateur, tant qu'un médecin traitant ne sera pas désigné.

Après l'article 30 : [Fixation du prix du médicament, prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement](#)

Dispositif

[Article L162-16-4](#)

L'Art L.162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « des volumes de vente prévus ou constatés » sont supprimés les mots « ainsi que »

Après les mots « utilisation réelle du médicament sont insérés les mots « les investissements réels au titre de la recherche et développement et du financement public de cette recherche »

Exposé des motifs

Il est proposé de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le comité économique des produits de santé puisse tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche. L'article 29, qui ouvre la possibilité d'étalement des dépenses sur plusieurs années des médicaments de thérapie innovante (atteignant plus de 2 millions d'euros) apporte un argument complémentaire pour cet amendement (éviter aux contribuables de payer plusieurs fois, préserver notre système solidaire d'assurance maladie).

Après l'article 30 : [Renforcer la transparence de l'information en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé \(CEPS\)](#)

Dispositif

[Article L162-17-3](#)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Au 4^{ème} alinéa de l'Art. L 162-17-3, après « trois représentants des caisses nationales d'assurances maladies » le mot « et » est supprimé et remplacé par « , »

Après « un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire » est rajouté « et deux représentants des associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique »

Il sera également nécessaire de modifier l'article D.165-2-1

A l'article D.165-2-1 un 8° ainsi rédigé est rajouté :

« 8° Deux représentants des associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique »

Exposé des motifs

Transparence et participation des usagers doivent s'appliquer, dans le domaine du médicament comme pour les autres questions de santé. Il ne s'agit donc pas seulement de garantir un haut niveau d'information des usagers mais de les impliquer dans les processus de décision, au titre de ce qu'il est convenu d'appeler, depuis 2002, la démocratie sanitaire. C'est un impératif social et politique dans notre pays. Il est proposé de permettre la participation d'un représentant des usagers au sein de la section médicaments, et d'un représentant dans la section des dispositifs médicaux. **Il est proposé d'assurer le financement de ces actions et des coûts afférents par le Fonds National de Démocratie Sanitaire (FNDS).**

Après l'article 31 : [Supprimer les franchises sur les médicaments génériques](#)

Dispositif

[Article L160-13](#)

Au 1° du III, après « hospitalisation » sont insérés les mots « *et des médicaments génériques mentionnés au 5° de l'article [L5121-1 du code de la Santé Publique](#)* »

Exposé des motifs

Des incitations financières des médecins (pour la prescription dans le répertoire du médicament générique) et des pharmaciens (pour la substitution des médicaments princeps par le générique) ont été mises en place pour dynamiser le déploiement du médicament générique dans notre pays. Les patients, quant à eux, subissent une politique punitive prévoyant l'exclusion du tiers-payant en cas de refus du générique et, depuis le 1^{er} janvier

2020, le remboursement des médicaments princeps sur la base du médicament générique le plus cher, provoquant un reste à charge.

Cette proposition milite pour un supplément de justice en faveur des usagers qui sont actuellement les seuls à être soumis à des mesures de rétorsions. La suppression de la franchise sur les médicaments génériques proposée ici complète les dispositifs incitatifs qui ne concernent à ce jour que les prescripteurs et les pharmaciens.

Après l'article 28 : [Réaffirmer le droit universel à la compensation des conséquences d'un handicap et de la perte d'autonomie](#)

Dispositif

Article L245-1 du CASF

Au premier alinéa de l'article L245-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots « Saint-Pierre-et-Miquelon, » les mots « dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret » sont supprimés.

Les alinéas 5 à 7 sont supprimés

Le « III » devient « II »

Dispositif

Article L245-9 du CASF

L'article L245-9 du Code de l'action sociale et familiale est supprimé

Dispositif

Chapitre II du titre III du Livre II du CASF

Le chapitre II du titre III du Livre II du CASF est supprimé

Exposé des motifs

Les personnes ayant des besoins de compensation liés au manque ou à la perte d'autonomie se voient proposer deux prestations et deux dispositifs distincts d'accès aux droits : la PCH si le « handicap » est acquis avant 60 ans et l'APA si le « handicap » est acquis après 60 ans.

Il est proposé de supprimer cette barrière d'âge et de proposer une prestation de compensation à toute personne éligible quel que soit son âge comme l'avait programmé l'article 13 de la loi du 11 février 2005. Il est nécessaire également de supprimer l'article prévoyant le droit d'option entre la PCH et l'APA ainsi que le chapitre législatif concernant l'APA. L'ensemble des articles réglementaires et références relatifs à l'APA devront être supprimés également.

Après l'article 37 : Revoir les modalités d'indemnisation des arrêts de travail dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD)

Dispositif

[L'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale](#) est modifié comme suit :

L'indemnité journalière prévue au 4° 5° de l'article L. 321-1 est accordée à l'expiration d'un délai déterminé suivant le point de départ de l'incapacité de travail et est due pour chaque jour ouvrable ou non. Elle peut être servie pendant une période d'une durée maximale, et calculée dans les conditions ci-après :

1°) pour les affections donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est calculée de date à date pour chaque affection. Toutefois, si à l'expiration de la période prévue à l'article R. 323-1 2°, l'assuré se trouve n'avoir pas bénéficié du nombre maximal d'indemnités journalières mentionné au 2° de l'article L. 323-1, lesdites prestations devront lui être accordées dans les conditions prévues à l'article L. 323-1 2° ». Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, le délai ci-dessus court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale qu'elle soit continue ou non ;

2°) pour les affections non mentionnées à l'article L. 324-1, l'assuré ne peut recevoir, au titre d'une ou plusieurs maladies, pour une période quelconque d'une durée fixée comme il a été dit ci-dessus, un nombre d'indemnités journalières supérieur à un chiffre déterminé.

Exposé des motifs

En application des articles L.323-1 2° et R.323-1 4° du Code de la Sécurité Sociale un assuré peut prétendre à un maximum de 360 indemnités journalières pour une période quelconque de trois ans.

Aux termes des articles L.323-1 1° et R.323-1 2° et 3° de ce même code, en cas d'ALD prévue à l'article D.322-1, des indemnités journalières peuvent être servies pendant trois ans de date à date, pour chaque affection. Un nouveau délai de trois ans est ouvert dès lors que l'assuré a repris le travail sans aucun arrêt pendant au moins un an.

Cette disposition particulière, plus protectrice pour les assurés en arrêt de travail en raison d'une ALD, est en revanche défavorable à ceux d'entre eux qui, pendant leur période de droit de trois ans, auraient bénéficié de très peu d'indemnités journalières sans avoir pu reprendre une activité professionnelle pendant un an leur permettant d'ouvrir une nouvelle période de droits.

Cette situation se retrouve fréquemment dans le cadre de maladies chroniques où les assurés peuvent avoir des arrêts de travail réguliers mais de courtes, voire de très courtes durées. Par ailleurs dans le cadre de la crise sanitaire, de nombreux patients qui n'ont pu bénéficier des mesures dérogatoires du fait des listes restrictives, se retrouvent en arrêt maladie de droit commun et arrivent rapidement en fin de droits IJ.

Pour permettre une attribution plus équitable des indemnités journalières maladie et dans l'esprit que les dispositions spéciales pour les assurés en ALD sont inspirées par le souci de leur accorder des avantages justifiés du fait de leur état de santé qui peut les contraindre à

des interruptions de travail plus fréquentes, la circulaire ministérielle n°66 S.S du 24 juillet 1958, a instauré une extension de la période de droits de 3 ans si, à l'expiration de celle-ci, l'assuré se trouve n'avoir pas bénéficié de 360 indemnités journalières. Les indemnités journalières lui étaient alors accordées dans les conditions prévues aux articles L.323-1 2° et R.323-1 4°selon la règle des 360 indemnités journalières. Cette circulaire a été abrogée et une autre circulaire parue en mai 2015 a repris cette disposition mais en la limitant à 1 an maximum après la fin de la période de droits. Des personnes se retrouvent donc à l'issue des 4 ans de droits en fin de droits même si elles ont eu très peu d'IJ.

Par ailleurs, la règle de reprise de travail d'un an continu pour reconstituer un droit aux indemnités journalières apparaît en totale opposition avec le fait d'être atteint d'une maladie chronique et n'est pas incitative à un maintien en emploi. Dans les faits, les malades chroniques, pénalisés par ce dispositif, ont tendance à renoncer à leur activité professionnelle et à solliciter en parallèle une pension d'invalidité, alors même qu'ils ont parfois eu au final très peu d'arrêt maladie.

Cet amendement vise donc à permettre que soit appliquée la règle des 360 jours par période glissante si à l'expiration de la période de 3 ans propre à l'ALD l'assuré n'a pas perçu 360 indemnités journalières, sans limitation de durée, et par ailleurs à permettre la reconstitution de droits ALD à l'issue d'une période d'un an, qu'elle soit continue ou non, afin de faciliter la reconstitution des IJ ALD et ainsi favoriser le maintien en emploi.

Après l'article 37 : Indemniser les arrêts de travail des personnes travaillant à temps très partiel

Dispositif

Article L313-1

1° Après le I. de l'article L. 313-1 du Code de la Sécurité sociale est ajouté un II. rédigé comme suit :

« II.- L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I.-2° peut toutefois ouvrir droit aux prestations prévues au 5° de l'article L. 321-1 dès lors qu'il justifie, au cours d'une période de référence antérieure au début de l'incapacité de travail, d'une durée d'affiliation minimum au titre d'un travail salarié ou assimilé fixée par décret. »

2° Le II actuel devient un III.

Elle doit être assortie, pour les autres cas visés par les arrêts de plus de six mois, de modifications permettant aux assurés ne répondant pas aux conditions actuellement fixées par la version actuelle de l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale, de bénéficier d'IJ dans le cas où ils justifieraient d'une durée minimum d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé.

Dispositif

L'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale relatif aux indemnités journalières est modifié comme suit :

- Les dispositions actuelles de l'article R. 313-3 sont regroupées dans un I.
- Au a) du 1° et au 2° du I. nouvellement créé, les mots « 1015 fois » sont remplacés par « 910 fois »
- Un II. rédigé comme suit, est inséré :
« L'assuré social n'entrant pas dans le champ d'application du I. du présent article, doit justifier d'une durée minimum d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé de trois mois précédant l'arrêt de travail, pour bénéficier d'une indemnité allant jusqu'à six mois.
Pour prolonger la durée d'indemnité au-delà des six mois, l'assuré social doit justifier d'une durée minimum d'affiliation d'un an précédant l'arrêt de travail ».

Exposé des motifs

La crise sanitaire a mis en avant les limites de l'indemnisation des arrêts maladie, en amenant le gouvernement à déroger notamment aux conditions d'ouverture de droits qui obligent à travailler un nombre d'heures suffisantes pour être indemnisés.

Or, de nombreux malades font l'effort de travailler, parfois à temps trop réduit pour ouvrir droit à ces indemnités, alors qu'ils sont potentiellement particulièrement concernés par la nécessité d'arrêts de travail. Cela accroît la précarité de ces personnes et n'est pas de nature à favoriser leur maintien dans l'emploi. Nous faisons cette proposition afin de permettre aux salariés travaillant à temps très réduit d'accéder à un droit pour lequel ils cotisent en conditionnant l'ouverture de leurs droits à une seule condition de durée d'affiliation au titre d'un travail salarié ou assimilé.

[Après l'article 37 : Indemniser les absences pour soins des malades chroniques](#)

Dispositif

Après L'article L.323-3-1, il est créé l'article suivant :

« Art. L. 323-3-2. L'indemnité compensatrice de perte de salaires est versée à l'assuré social en cas de traitement lié à une affection prévue à l'article D.160-4 entraînant une interruption partielle de travail : l'assuré doit justifier de la perte de salaire et l'indemnité est limitée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, correspondant au nombre d'heures perdues. Le salaire servant de base au calcul des cotisations maladie et vieillesse correspond au salaire rétabli intégrant l'indemnité compensatrice de perte de salaires. »

Exposé des motifs

Certaines maladies chroniques entraînent des soins itératifs, susceptibles d'interrompre partiellement une activité professionnelle : Dialyse, kinésithérapie, chimiothérapie, etc. Par exemple, les personnes dialysées rencontrent de nombreuses contraintes. Les séances d'hémodialyse durent le plus souvent quatre à cinq heures et doivent être répétées trois fois par semaine. Il faut leur ajouter les temps de trajet et d'attente. On estime qu'en moyenne chaque patient consacre huit heures, trois fois par semaine, à son traitement. La dialyse du soir ou de nuit est très peu proposée et très peu accessible. Le temps de traitement entre donc en concurrence directe avec le temps de travail. Le traitement par dialyse est vital et sans limitation théorique de durée. Il ne peut y être mis fin qu'en raison du décès du patient ou de la réalisation d'une greffe de rein. Les délais d'attente de greffe sont actuellement de l'ordre de plusieurs années.

Les personnes atteintes de mucoviscidose peuvent réaliser des séances de kinésithérapie respiratoire plusieurs fois par semaine tout au long de leur vie et ce jusqu'à une potentielle greffe pulmonaire. La disponibilité et la répartition géographique des kinésithérapeutes impliquent que celles-ci doivent parfois prendre une demi-journée pour effectuer ces séances (temps de trajet aller/retour, d'attente, et de la séance).

Des personnes atteintes de cancer peuvent également nécessiter des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie sur une durée plus ou moins longue, interrompant partiellement leur activité professionnelle quand elles souhaitent la maintenir.

Face à ces situations dans lesquelles les personnes ne se trouvent pas en incapacité de travail en dehors du temps du soin, les solutions actuelles ne favorisent le maintien durable dans l'emploi. Au-delà du temps partiel thérapeutique plus ou moins limité dans le temps en fonction des Caisses d'Assurance maladie, et des trois ans maximum d'arrêt maladie prévus par la réglementation, elles se voient le plus souvent contraintes d'opter pour des dispositifs d'invalidité (pensions versées par l'assurance maladie, éventuellement complétées par les régimes de prévoyance, ou minima sociaux tels que AAH ou RSA...), qui sont coûteux et précipitent leur exclusion du monde du travail, sans réelle possibilité d'y revenir faute de dispositifs d'accompagnement au retour à l'emploi efficace

Ainsi, l'arrêté du 26/10/1995 prévoit que la caisse primaire accorde une indemnité compensatrice de perte de salaire (ICPS) dès lors que les demandeurs remplissent certaines conditions trop limitatives.

Il existe plusieurs difficultés à la mise en œuvre de ce texte :

- il s'agit d'une prestation supplémentaire attribuée par les CPAM sur le fonds national d'actions sanitaires et sociales. Ce dispositif est mal connu, à la fois des équipes de dialyse, des patients, mais aussi des CPAM et des employeurs. Ce déficit d'information le rend peu accessible et entraîne des difficultés dans sa mise en œuvre. Ainsi, en fonction des caisses, son obtention n'est pas systématique.
- le fait que l'arrêté mentionne uniquement la dialyse à domicile limite la portée du texte et exclut d'emblée d'autres situations justifiant de cette indemnité.
- si l'ICPS est plus favorable que les indemnités journalières pour les salariés aux revenus modestes, les assurés dont le salaire dépasse le plafond mensuel de la sécurité sociale sont pénalisés, la compensation financière étant limitée à ce plafond visé à l'article R.323-9 du CSS ;

- le contrat de travail est suspendu pendant la période d'utilisation de l'ICPS, comme pour un arrêt maladie, mais il n'y a pas de report au compte de vieillesse de cette prestation. Cette suspension a donc un impact négatif sur le calcul de la pension de retraite, alors même que ces travailleurs font l'effort de maintenir leur activité professionnelle. L'ICPS réintégrée au salaire permettrait de calculer les cotisations (maladie, vieillesse de base et complémentaire) sur la base du salaire rétabli.

Cette proposition d'amendement vise donc à faire entrer dans le droit commun ce dispositif et à améliorer ses conditions d'application afin de favoriser le maintien dans l'emploi des personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant des soins réguliers.

Après l'article 38 : Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé

Dispositif

Article L861-1

I. – Le titre 6 du livre 8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A l'article L861-1, dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} novembre 2019, le 2^o est ainsi modifié :

Les mots « 35% » sont remplacés par les mots suivants : « 100% ».

A l'article L861-11, 1^{er} alinéa, les mots « de l'âge » sont remplacés par « des ressources ». Les mots « 5% » sont remplacés par « 3% »

Exposé des motifs

La Complémentaire Santé Solidaire, créée par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 avait pour objectif de lutter contre le non recours à la CMU-C et l'ACS, très élevé, tout en proposant un contrat qualitatif permettant un meilleur accès aux soins pour les personnes les plus précaires.

En février 2020 un premier bilan faisait état d'un taux de recours encore plus bas que pour les anciennes CMU-C et ACS (-3.7% par rapport à octobre 2019, dernier mois effectif des anciennes CMU-C et ACS). En 2022 si le taux de recours à la C2S gratuite s'améliore, grâce notamment aux dispositions permettant l'ouverture automatique des droits aux bénéficiaires du RSA, le taux de recours à la C2S payante ne s'améliore pas. Des freins existent encore, non seulement méconnaissance du dispositif, mais aussi stigmatisation d'un contrat fait pour les « pauvres », complexité, etc.

Par ailleurs, la Complémentaire santé solidaire, ne résout pas la problématique des effets de seuils, rencontrée par des personnes exclues des contrats collectifs et dont les ressources se situent juste au-dessus du plafond ACS, mais au niveau du seuil de pauvreté, et qui ont des besoins de santé importants (retraités, certains pensionnés invalides et bénéficiaires de

l'AAH). Celles-ci, si elles veulent être couvertes sont dans l'obligation de souscrire à des contrats dont le tarif est élevé, sans participation d'un employeur et sans possibilité d'avantage fiscal. Par ailleurs, les personnes âgées restent les plus pénalisées du fait du montant de cotisation plus élevé en fonction de l'âge, que ce soit dans le cadre des complémentaires santé classiques ou de la Complémentaire Santé Solidaire.

France Assos Santé propose une réponse plus juste pour permettre aux personnes dont les ressources restent modestes d'accéder à une complémentaire.

L'adhésion au contrat Complémentaire Santé Solidaire tel que proposé serait optionnel, ouvert à tous les non bénéficiaires d'un dispositif obligatoire (contrats collectifs d'entreprise) ou aidé (fonctionnaires adhérant à un organisme référencé), variable en fonction des ressources, et géré par l'organisme choisi par l'assuré. La cotisation sans critère d'âge et variable en fonction des revenus s'applique déjà à certains contrats collectifs où des salariés cotisent sur la base d'un pourcentage de leur rémunération. Aussi il apparaît justifié et plus solidaire de proposer cette solution aux personnes exclues de ces contrats. Par ailleurs le plafond proposé sensiblement équivalent au SMIC permettrait l'éligibilité d'une plus grande population de personnes retraitées, mais également de population jeune, à risques moins élevés, permettant une véritable mutualisation.

Il serait financé par :

- la contribution des assurés pour leur propre contrat, calculée en fonction de leurs revenus ;
- une aide publique (Etat, Assurance maladie, collectivité locale).

Les ressources actuellement destinées au financement de la Complémentaire santé solidaire et aux aides extralégales versées par les CPAM seraient affectées à ce nouveau dispositif.

Il est également proposé de redéployer une partie des financements « ANI » sur ce contrat.

[Après l'article 38 : Assurer la portabilité du contrat de groupe obligatoire pendant 1 an pour les ex salariés en arrêt maladie](#)

Dispositif

Article L911-8

A l'article L911-8 il est rajouté un dernier alinéa : « L'absence d'indemnisation chômage des anciens salariés dont la cessation du contrat de travail remplit les conditions prévues au premier alinéa n'est pas opposable aux assurés en arrêt maladie. »

Exposé des motifs

L'idée directrice à l'origine de la mise en place de la portabilité était d'étendre la protection sociale résultant des contrats de groupe obligatoires au bénéfice des salariés privés involontairement de leur emploi. L'élément le plus objectif qui a été trouvé pour établir ce critère est l'indemnisation par le chômage. Ainsi, l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que les ex-salariés bénéficient de la portabilité « en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ». Les salariés licenciés se trouvant par ailleurs en arrêt maladie ne peuvent pas s'inscrire au Pôle emploi. Pour autant, ceux-ci ont été bien été privés involontairement d'emploi. Certains organismes d'assurance tirent prétexte de l'absence d'indemnisation concrète par le Pôle emploi pour refuser le bénéfice de la portabilité à ces personnes, voire pour le suspendre (pour les personnes se trouvant en arrêt maladie au cours de leur indemnisation chômage). Alerté de cette difficulté par une question parlementaire, le Ministre du Travail a répondu le 23 mars 2010 (Question parlementaire n° : 65622 : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-65622QE.htm>) qu'une telle interprétation était contraire au texte.

Après l'article 44 : Renforcer la démocratie en santé : instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées

Dispositif

Après l'article L221-1-3

Après l'article Article L221-1-3 de la sécurité sociale est inséré l'article L221-1-4 :

« I.- Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds national associatif

II.- Les ressources de ce fonds sont constituées de :

- 2 % de la contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques

- 0.7 % du droit de consommation sur l'alcool mentionné à l'article 403 du code général des impôts

- 0.7 % de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)

- 3 % de la TVA sur les produits pétroliers

III.- Ce fonds finance le fonctionnement des associations agréées d'usagers du système de santé mentionnée à l'article L. 1114-6 du code de la santé publique ;

IV.- Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret. »

Exposé des motifs

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a jeté les bases de la démocratie en santé, les associations d'usagers sont devenues des acteurs incontournables pour faire évoluer le système de santé vers une meilleure prise en compte de l'expérience des usagers. La démocratie en santé est aujourd'hui sérieusement menacée par la fragilité économique des associations agréées d'usagers du système de santé. Les financements et les aides publics diminuent, les dons

s'effondrent, notamment en raison des incertitudes fiscales (CSG et prélèvement à la source) et de la réforme de l'ISF. Alors qu'elles sont indispensables au bon fonctionnement de la démocratie en santé, la situation des associations d'usagers du système de santé est aujourd'hui critique. Cette situation contraint certaines associations à dépendre excessivement du soutien des industriels du médicament, faisant naître des soupçons de clientélisme et de conflits d'intérêts. L'agrément de ces associations et la possibilité d'intervenir dans le système de santé sont mis en péril. Le soutien financier des associations relève en partie de la responsabilité des pouvoirs publics qui, pour pouvoir compter sur elles en tant que partenaires indépendants, doivent leur permettre d'exister et de défendre les intérêts des usagers du système de santé, conformément à leur objet statutaire. La démocratie en santé doit aujourd'hui s'appuyer sur des bases solides et incontestables.

Pour résoudre les problèmes soulevés, nous proposons la création d'un Fonds permettant d'assurer le financement du fonctionnement des associations d'usagers agréées, les ressources de ce fonds seraient constituées -d'une fraction de taxe déjà existantes, notamment :

- La contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article [L. 5124-1](#) du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques
- Droit de consommation sur l'alcool mentionné à l'article 403 du code général des impôts
- Contribution sur les boissons sucrées (régime est fixé par l'article 1613 ter du code général des impôts)

Par ailleurs, le Fonds national pour la démocratie sanitaire (FNDS) créé par l'article L.221-1-3 du code de la sécurité sociale assure notamment le financement de l'UNAASS mais n'est pas destiné à assurer le fonctionnement de ses associations membres, aussi il s'avère indispensable de créer un fond complémentaire pour assurer le financement des nombreuses autres actions associatives.

III. Soutien de propositions complémentaires

Amendement proposé par l'UNIOPSS et soutenu par France Assos Santé

Après l'article 9 : instauration d'un prix minimum de vente des boissons alcooliques

Dispositif

Après l'article 9

Insérer un article ainsi rédigé :

« Après l'article L3322-2 du Code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« I- Le prix minimum de vente des boissons mentionnées au 3° ;4° et 5° de l'article L.3321-1 du Code de la Santé publique ne peut être inférieur à 0,50 euros par décilitre d'alcool pur.

II. Une partie des recettes issues de la TVA alimentent le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, mentionné au L221-1-4 du code de la sécurité sociale.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions de mise en œuvre du présent article. »

Exposé des motifs

Cet amendement propose de mettre en place la mesure adoptée par l'Écosse en mai 2018 : l'instauration d'un prix minimum aux boissons alcooliques. Promue par l'OMS et basée sur des preuves de son efficacité, cette mesure cible les boissons alcooliques vendues très peu cher, et qui vise un public essentiellement jeune et/ou en situation de grande précarité. Elle s'avère être un puissant outil de santé publique et un levier efficace de protection des populations les plus fragiles : elle permet entre autres de retarder les premières surconsommations d'alcool. En Écosse, cette hausse des prix a eu un impact significatif auprès des plus gros consommateurs.

Pour rappel, il a été prouvé que toute consommation de boisson alcoolique comporte des risques (INCa) et que le coût social de l'alcool s'élève à 120 milliards d'euros en France (OFDT). Par conséquent, il est proposé que le seuil en dessous duquel l'interdiction de vente s'applique soit fixé à 50 centimes par unité. A titre d'exemples, avec ce système, une bouteille de spiritueux de 70 cl ne pourrait pas être vendue en dessous d'une quinzaine d'euros et une bouteille de 75 cl de vin avec 12,5% d'alcool ne coûtera pas moins de 5 euros.

La hausse des prix de ces boissons générera mécaniquement une hausse des produits issus de la TVA. Il est proposé de flécher une partie des recettes fiscales vers le Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

[France Assos Santé soutient également la proposition de Médecins du Monde : « Intégration de l'AME dans la Sécurité Sociale »](#)