

PLFSS 2024

Propositions d'amendements

France Assos Santé

Propositions d'amendements au PLFSS 2024

France Assos Santé

Table des matières

I. Sur les articles du texte.....	2
Article 17- Vaccination HPV et suppression du ticket modérateur vaccin grippe et ROR : étendre la suppression du ticket modérateur à l'ensemble des vaccins obligatoires.....	3
Article 21 –Mieux articuler les droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec les minimas sociaux : Inclure les personnes percevant une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, pension de retraite ou rente Accident de travail, ainsi que tous les bénéficiaires de l'AAH avec complément de ressources dans le dispositif de la présomption de droit à la CSS.....	3
Article 27 –Renforcement du contrôle des arrêts de travail : supprimer la suspension des Indemnités Journalières (IJ) à l'issue du contrôle mandaté par l'employeur.....	4
Article 27 - Amendement de repli : Garantir le contradictoire en instaurant un délai avant la suspension des IJ pour permettre à l'assuré de saisir le contrôle médical, ainsi qu'une clause suspensive de la décision en cas de saisine du contrôle médical. Supprimer la possibilité de rétroactivité de la suspension des IJ.....	4
Article 28 : Supprimer la limitation des durées d'arrêts de travail prescrits en téléconsultation....	5
Article 28 - Amendement de repli : instaurer une orientation des patients vus en téléconsultation vers une consultation en présentiel, ou avec le médecin traitant, lorsque l'état de santé nécessite une prolongation de l'arrêt.	5
Article 28 – Téléconsultations : instaurer une interdiction de facturation de frais supplémentaires non prévus par la convention médicale	6
Article 30 – Transports partagés : Supprimer l'article.....	6
Article 30 – Amendement de repli : exclure des pénalités les personnes à risque de développer des formes graves de Covid, et préciser les conditions requises pour le bon déroulement du transport partagé.....	7
Article 33 – Limitations et interdictions de prescription par télémedecine en cas de ruptures d'approvisionnement.....	7
Article 35- Application immédiate de la prise en charge transitoire de certains médicaments en fin d'accès précoce	8
Article 38 – Repérage précoce : s'appuyer sur le déploiement du service de repérage précoce pour réaliser un état des lieux des CAMSP et CMPP puis une actualisation de leurs outils de suivi et de mesure de l'activité (amendement UNIOPSS soutenu France Assos Santé).....	9

Article 38 - Prévoir une rémunération des temps de concertation pluridisciplinaire dans le cadre du suivi des projets de parcours initiés au titre du service de repérage et d'accompagnement précoce (<i>amendement UNIOOSS soutenu par France Assos Santé</i>)	9
Article 39 – Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle (<i>amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé</i>)	10
II. Articles additionnels	10
Avant l'article 17 : Instaurer un prix minimum de vente des boissons alcooliques	10
Après l'article 21 : Instaurer un véritable contrat solidaire de Complémentaire Santé	11
Après l'article 21 - Prévoir un mécanisme de revalorisation semestrielle de la pension d'invalidité (<i>amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé</i>).....	13
Après l'article 21 - Déconjugaliser l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI) (<i>amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé</i>)	14
Après l'article 22 : Prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite	14
Après l'article 22 : Adapter le parcours de soins coordonné au contexte de la difficulté d'accès aux soins	15
Après l'article 22 : Plafonner les dépassements d'honoraires	16
Après l'article 23 : Agir sur les restes à charge élevés à l'hôpital	17
Après l'article 30 : Adapter la prise en charge des transports sanitaires aux besoins des patients	18
Après l'article 36 : lutter contre les pénuries de médicaments	18
Après l'article 36 : Supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires pour les soins en lien avec une ALD	19
Après l'article 36 : Supprimer les franchises sur les médicaments génériques	20
Après l'article 36 : Permettre une préparation magistrale issue d'une spécialité (pédiatrie/ maladies rares)	20
Après l'article 36: Fixation du prix du médicament, prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement	21
Après l'article 37 - Lever la barrière d'âge pour pouvoir bénéficier de la PCH (<i>amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé</i>)	21
Après l'article 37 : Indemniser les arrêts de travail des personnes travaillant à temps très partiel	23
Après l'article 37 : Indemniser les absences pour soins des malades chroniques	24
Après l'article 37 : Reconnaître la place des représentants d'usagers au conseil de l'UNCAM	25
Après l'article 37 : Permettre une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)	26
Après l'article 37- Renforcer la démocratie en santé : instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées	27
France Assos Santé soutient également la proposition de Médecins du Monde : « Intégration de l'AME dans la Sécurité Sociale »	28

I. Sur les articles du texte

Article 17- Vaccination HPV et suppression du ticket modérateur vaccin grippe et ROR : étendre la suppression du ticket modérateur à l'ensemble des vaccins obligatoires

Dispositif

Article 17

Le 13^{ème} alinéa est modifié et rédigé ainsi : *Pour les frais d'acquisition des vaccinations obligatoires mentionnées à l'article L3111-2 du code 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.

Pour compenser l'impact financier de cette mesure, 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 et la mise en œuvre de la prise en charge intégrale.

Article 21 – Mieux articuler les droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) avec les minimas sociaux : **Inclure les personnes percevant une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, pension de retraite ou rente Accident de travail, ainsi que tous les bénéficiaires de l'AAH avec complément de ressources dans le dispositif de la présomption de droit à la CSS**

Dispositif

Article 21

Au 6^{ème} alinéa, après les mots « plein, » sont insérés les mots « ou en complément d'un avantage contributif mentionné aux articles L341-1, L351-1 et L434-2 du code de la Sécurité Sociale, ainsi qu'à l'article L1 du code des pensions civiles et militaires de retraite, »

Au 6^{ème} alinéa, les mots : « *et ne bénéficient pas à la fois du complément de ressources prévu à l'article L. 821-1-1 du présent code dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 et de l'une des aides personnelles au logement prévues à l'article L. 821-1 du code de la construction et de l'habitat* » sont supprimés

Exposé des motifs

Cet amendement propose d'une part d'intégrer les bénéficiaires d'une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, pension de retraite ou rente d'accident du travail, isolées, sans enfant et sans activité, au dispositif de présomption de droits, dans la mesure où le cumul entre AAH et ces revenus, ne peut dépasser le montant de l'AAH à taux plein.

D'autre part, il vise à permettre le bénéfice de la présomption de droits également aux bénéficiaires de l'AAH, isolés, sans enfants, et sans activité professionnelle, quel que soit le complément dont ils bénéficient. En effet, si les bénéficiaires de l'AAH et de la Majoration Vie Autonome (MVA) peuvent bénéficier de la CSS et de la présomption de droit, il est particulièrement injuste que les bénéficiaires de l'AAH et du Complément de Ressources, qui sont ceux qui présentent les plus grandes difficultés pour l'accès à l'emploi, puisqu'une

des conditions pour en bénéficier est l'évaluation d'une capacité de travail inférieure à 5%, doivent remplir une condition supplémentaire, l'absence d'allocation logement, pour bénéficier du droit à la CSS, et de fait à la présomption de droit. Il est aberrant que le motif discriminant pour l'accès à la Complémentaire Santé Solidaire, soit le bénéfice d'une allocation logement, dans la mesure où ceux qui en bénéficient sont ceux qui ont la malchance d'avoir un loyer plus élevé à payer, que ceux qui n'en bénéficient pas.

Nous demandons donc que l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH et du Complément de Ressources puissent accéder à la Complémentaire Santé Solidaire, et à la présomption de droits, dès lors qu'ils vivent seuls, sont sans activité et n'ont pas d'enfants. Pour se faire, **l'abattement sur l'AAH prévu à l'article L861-2 du Code de la Sécurité Sociale**, devra évoluer pour intégrer ces bénéficiaires.

Article 27 –Renforcement du contrôle des arrêts de travail : supprimer la suspension des Indemnités Journalières (IJ) à l'issue du contrôle mandaté par l'employeur

Dispositif

Article 27 :
Supprimer les alinéas 11 à 17

Exposé des motifs

La suspension des IJ de la Sécurité Sociale à l'issue du contrôle mandaté par l'employeur est une dérive inacceptable vers une privatisation des contrôles de l'Assurance Maladie. Les IJ versés par l'Assurance maladie ne peuvent en aucun cas être supprimées sans avis systématique du praticien Conseil de l'Assurance maladie. Cette disposition entraîne par ailleurs un risque élevé de fragiliser encore plus des salariés, notamment en cas de situation conflictuelle avec l'employeur, qui aura un moyen de pression vis-à-vis du salarié, qu'on ne peut prendre. Cette disposition est d'autant plus illégitime, qu'aucune analyse ne permet d'étayer l'hypothèse que les abus en matière d'arrêts de travail ont une ampleur ou un impact significatif sur les dépenses d'IJ maladie.

Article 27 - Amendement de repli : **Garantir le contradictoire en instaurant un délai avant la suspension des IJ pour permettre à l'assuré de saisir le contrôle médical, ainsi qu'une clause suspensive de la décision en cas de saisine du contrôle médical. Supprimer la possibilité de rétroactivité de la suspension des IJ.**

Dispositif

Article 27

1)A l'alinéa 14, les mots « *de la date à laquelle l'assuré a été informé de cette décision. Toutefois, dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur.* » sont remplacés par les mots « **d'un délai de 15 jours après la preuve que l'assuré a été informé de cette décision ainsi que des modalités de saisine du contrôle médical de l'Assurance Maladie, afin de procéder à un nouvel examen.** »

2) L'alinéa 16, est complété par une phrase ainsi rédigée « ***lorsque la saisine du contrôle médical a été effectuée dans le délai mentionné au quatrième alinéa du II, il n'est pas fait application de la suspension du versement des indemnités journalières jusqu'à ce que ce service ait statué.*** »

Exposé des motifs

Il convient à minima de garantir le contradictoire, en instaurant un délai permettant à l'assuré de saisir le contrôle médical de l'Assurance maladie, avant l'application de la suspension des indemnités journalières. Le dépôt de cette saisine, dans le délai fixé, doit donner lieu à une non application de la décision de la suspension.

Par ailleurs, il est inacceptable que le médecin contrôleur puisse évaluer à posteriori, que l'état de santé de l'assuré ne justifiait pas d'un arrêt de travail alors même qu'il ne l'avait pas examiné. Cet amendement propose donc d'une part de supprimer la possibilité de suspension rétroactive des IJ, et d'autre part d'instaurer un délai avant la suspension des IJ, permettant à l'assuré de saisir le contrôle médical de l'Assurance maladie, et qu'il ne soit pas appliqué de suspension des IJ jusqu'à la décision du contrôle médical.

Article 28 : Supprimer la limitation des durées d'arrêts de travail prescrits en téléconsultation

Dispositif

Article 28

Les alinéas 1 et 2 sont supprimés

Exposé des motifs

Dans un contexte où 11% de la population n'a pas de médecin traitant, et où pour l'ensemble de la population l'accès à un rendez-vous devient extrêmement compliqué, comme l'indique l'enquête de la DREES sur les refus de soins discriminatoires¹ qui met en avant la difficulté d'accès aux soins primaires pour l'ensemble de la population : « *Les taux de refus de rendez-vous sont en moyenne élevés, signalant des difficultés d'accès au système de soins primaires : un patient, même s'il ne présente aucune caractéristique qui l'expose à un risque de discrimination, a moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous quand il contacte un médecin généraliste ou un pédiatre, et un près de deux chances sur trois pour un ophtalmologue [...]* **Ne pas prendre de nouveaux patients est la raison la plus couramment invoquée par les professionnels de santé pour expliquer le refus de donner un rendez-vous à un ou à une patiente de référence** (45 % des raisons invoquées, toutes spécialités confondues). Ce motif est plus fréquemment cité par les généralistes, qui l'évoquent dans 58,7 % des refus ». Cette même étude indique que les **délais d'obtention de rendez-vous chez un généraliste sont en moyenne de 7 jours pour un généraliste**.

Cette disposition vient donc fragiliser les personnes les plus éloignées du système de santé. Par ailleurs, même pour les personnes bénéficiant d'un Médecin Traitant, le délai d'obtention d'un rendez-vous peut être largement supérieur à 3 jours en fonction du lieu d'habitation. Alors même qu'aucune mesure forte permettant un accès effectif aux soins et à un médecin traitant, n'est proposée, le risque est l'engorgement des urgences, déjà saturées.

Article 28 - Amendement de repli : **instaurer une orientation des patients vus en téléconsultation vers une consultation en présentiel, ou avec le médecin traitant, lorsque l'état de santé nécessite une prolongation de l'arrêt.**

Dispositif

Le 2^{ème} alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « *Si l'état de santé le justifie, le médecin qui prescrit un arrêt de travail au cours d'une téléconsultation, 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*

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109.pdf>

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 pour permettre la prolongation de l'arrêt »

Exposé des motifs

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 limitation de la durée des indemnités journalières lorsqu'un arrêt de travail est justifié. Au regard des difficultés d'accès à un rendez-vous, tel que l'enquête de la DREES de 2023 sur les refus de soins discriminatoires le démontre : 1 patient sur 2 n'obtient pas de rendez-vous chez un généraliste, pour plus de la moitié des motifs de refus invoqués c'est le fait de ne pas prendre de nouveaux patients qui ressort, il apparaît crucial que soit sécurisé un rendez-vous à l'issue dans un délai de 3 jours, pour permettre aux personnes dont l'état de santé le nécessite, de pouvoir se voir prolonger un arrêt de travail.

Article 28 – Téléconsultations : instaurer une interdiction de facturation de frais supplémentaires non prévus par la convention médicale

Dispositif

Article 30

L'article 30 est complété par un dixième alinéa ainsi rédigé :

« La réalisation d'un acte de télémedecine ne peut donner lieu à la facturation à l'utilisateur de frais supplémentaires, frais d'accès ou frais de service, par le professionnel médical ou la société de téléconsultation le cas échéant, non prévus par les tarifs de la convention médicale. »

Exposé des motifs :

L'accès aux consultations médicales doit rester financièrement soutenable pour les usagers. Des facturations abusives par des professionnels de santé ou société de téléconsultation à l'occasion d'actes de télémedecine sont fréquentes : frais pour accéder à une borne ou cabine de téléconsultation, frais pour déplacer ou annuler un rendez-vous, etc.

Les usagers n'ont qu'une information très lacunaire de ces potentiels frais, comme soulevé par la DGCCRF, constat aussi réalisé concernant l'information sur les dépassements d'honoraires ou absence de remboursement des téléconsultations hors parcours coordonné. Il est donc nécessaire pour protéger les patients et leur accès aux soins de limiter leur reste-à-charge dans l'accès aux téléconsultations, et d'aligner les conditions de facturation à celles des consultations en présentiel. Les couts applicables doivent donc être ceux prévus par les tarifs de la convention médicale.

Article 30 – Transports partagés : Supprimer l'article

Dispositif

Article 30

Supprimer cet article

Exposé des motifs

Cette disposition vient encore une fois punir les usagers, alors même qu'ils subissent des difficultés majeures pour accéder aux transports sanitaires dans des conditions correctes. Les retours des patients sur les transports collectifs montrent des conditions extrêmement dégradées avec des durées de trajet qui peuvent s'allonger de manière très importante, et le respect du confort et de l'hygiène laissant parfois à désirer. Par

ailleurs, l'offre de transports étant en tension dans un certain nombre de territoires, des transporteurs avec une situation de monopole, choisissent les trajets les plus rémunérateurs, et refusent des prises en charge, mettant en grande difficulté des patients. Cette mesure laisse entendre que les patients sont en mesure de « choisir » leur transport, ce qui est loin de la réalité.

Si les transports collectifs sont une solution qui peut et doit être développée dans un certain nombre de situations, pour des personnes ayant une pathologie lourde, les conditions de transports qu'ils offrent actuellement ne répondent pas aux exigences de qualité. Des exemples nombreux attestent de la non adéquation de l'offre de transport collectif aux exigences de qualité de la prise en charge : Personnes sortant d'hospitalisation post opératoire, ayant vu leur trajet passer de 1h à 3h du fait des transports collectifs, avec l'effet de l'antidouleur administré avant le transport, qui s'estompe ; d'autres qui se retrouvent dans des situations d'inconfort et de souffrance avec nécessité de se rendre aux toilettes ; ou encore l'attente d'autres patients pour pouvoir rentrer, après une séance longue de dialyse, avec un trajet rallongé, qui accentue la fatigue, sans compter les retours sur les conditions d'hygiène non respectées, y compris en période de plus forte circulation du covid, faisant peser des risques à des personnes particulièrement fragilisées.

L'offre des transports sanitaire doit être réformée en profondeur avant d'instaurer des dispositions pénalisantes. Il est nécessaire de revoir notamment les financements en introduisant des financements à la qualité. Cet amendement propose donc de supprimer cette disposition, la notion de contre-indication médicale au transport collectif étant, ainsi que celle des conditions d'organisation, étant très floues, cela laissera une liberté d'interprétation qui pourra porter préjudice aux usagers.

Article 30 – Amendement de repli : **exclure des pénalités les personnes à risque de développer des formes graves de Covid, et préciser les conditions requises pour le bon déroulement du transport partagé**

Dispositif

Article 30

1) Au 4^{ème} alinéa après le mot « charge », sont insérés les mots « , notamment en termes de durée de trajet, de confort et d'hygiène, »

2) Après le 4^{ème} alinéa, un 5^{ème} alinéa, ainsi rédigé est inséré :

Cette disposition ne s'applique pas pour les personnes à risque de développer des formes graves de covid, identifiées par la Haute Autorité de Santé.

3) Au 6^{ème} alinéa, après le mot « deuxième » sont insérés les mots « et troisième »

Exposé des motifs

Cet amendement de repli vient prévoir des garde fous pour les situations de patients atteints de maladie chronique et en situation de handicap, en excluant notamment toutes les personnes à risque de développer des formes graves de covid, et en précisant que des conditions de confort, d'hygiène et de durée de trajet doivent être prises en compte.

Article 33 – **Limitations et interdictions de prescription par télémedecine en cas de ruptures d'approvisionnement**

Dispositif

Article 33

Au dixième alinéa, après le mot « télémedecine » sont rajoutés les mots « , à l'exception des cas où le patient bénéficie d'une téléconsultation assistée par un autre professionnel de santé tels que mentionnés à l'Art 14.0.3 du Code de la Santé Publique »

Exposé des motifs

Dans l'esprit du texte proposé et de la volonté de conditionner davantage les prescriptions d'antibiotiques, il paraît disproportionné d'ouvrir la possibilité d'interdire la prescription via téléconsultation pour des médicaments. Cette liste par arrêté expose à de nombreux effets de bords sur l'accès aux soins et porte atteinte à la liberté de prescription médicale, d'autant plus quand les conditions de constitution de cette liste ne sont pas détaillées.

En exemptant des cas d'application les actes de télémédecine assistés (téléconsultation lors de laquelle le patient est assisté par un autre professionnel de santé, infirmier diplômé d'Etat ou pharmacien d'officine), cette disposition réduirait les éventuels effets délétères pour les patients alors que la présence d'un professionnel de santé permet dans ces cas une appréciation de la situation médicale et la réalisation d'un test ou analyse biologique approprié, ou orientation adéquate.

Article 35- Application immédiate de la prise en charge transitoire de certains médicaments en fin d'accès précoce

Dispositif

Alinéa 7

Après « D'un engagement », ajouter « contractuel »

Après « en France », ajouter « après consultation des associations concernées »

Alinéa 19

Après « chaque indication thérapeutique considérée » ajouter « pour lesquelles la valeur ajoutée du médicament est incertaine du fait de l'imaturité des données au moment de l'évaluation et »

Alinéa 24

Après « service médical rendu », ajouter « suffisant » et supprimer « et une amélioration du service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret »

Alinéa 25

Ajouter :

« c) Propose l'inscription du médicament au régime temporaire de prise en charge prévu au présent article.

Supprimer alinéa 45 : « IX. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

Exposé des motifs

"L'accès précoce" est un dispositif qui permet à des patients atteints de maladies graves, rares ou invalidantes et en impasse thérapeutique de bénéficier, à titre exceptionnel et temporaire, d'un accès dérogatoire à certains médicaments avant leur prise en charge par l'assurance maladie.

Cet article introduit un régime temporaire de prise en charge suite à un accès précoce dans certaines situations- non couvertes aujourd'hui par les critères d'inscription sur la liste en sus mais décrites par la commission de la transparence (CT) de la HAS dans sa doctrine-où les données disponibles concernant l'efficacité (et/ou les possibles effets indésirables) d'un médicament ne sont pas encore assez matures pour confirmer l'amélioration du service médical rendu et que celles-ci sont attendues dans un délai déterminé. Cet amendement proposé par France Assos Santé a pour objectif d'améliorer les conditions de mise en œuvre de ce régime temporaire en permettant une application directe et immédiate de ce régime, sans attendre la publication d'un décret d'application et d'éviter ainsi des ruptures de prise en charge et de perte de chance qui en découlent pour les personnes malades concernées.

Cet amendement vise également à fixer un cadre contractuel permettant de préciser l'engagement des industriels à approvisionner le marché, afin de sécuriser l'accès des patients aux traitements et d'éviter qu'ils ne puissent être pris en otage par ces mêmes industriels, dans l'hypothèse où l'évaluation de leur produit par la CT ne satisferait pas leurs attentes et/ou exigences.

Article 38 – Repérage précoce : s'appuyer sur le déploiement du service de repérage précoce pour réaliser un état des lieux des CAMSP et CMPP puis une actualisation de leurs outils de suivi et de mesure de l'activité (amendement UNIOPSS soutenu France Assos Santé)

Dispositif

Après le 1° de l'article 38 est inséré un 2° ainsi rédigé :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les missions relatives aux Centres d'Action médico-sociale précoce (CAMSP) et des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), leur évaluation ainsi que sur les leviers à mobiliser pour répondre aux difficultés rencontrées. Ce rapport porte notamment sur les conditions de partenariat et d'échanges avec les professionnels de santé, le niveau des éventuelles avances de frais et le renoncement aux soins pour motif de file active trop importante ou de reste à charge afin d'identifier les mesures à prendre pour réduire les inégalités territoriales d'accès à la santé pour les plus jeunes.

Suite à ce rapport, des travaux seront organisés pour revoir les cahiers des charges des CAMSP et CMPP ainsi que leurs outils de mesure de l'activité et de pilotage, notamment leurs cahiers des charges et leurs rapports d'activité. »

Exposé des motifs :

L'article 38 du PLFSS constitue une avancée majeure pour le déploiement d'un service de repérage et d'accompagnement précoce sur un prise global. L'un des acteurs phares de ce dispositif est le CAMSP, bénéficiant dans l'article 38 d'un aménagement de leur financement (possibilité de dépasser le 80% de financements Assurance Maladie actuellement fixés). En articulation avec les autres dispositifs suivant la nature des troubles identifiés, il est fort probable que les CAMSP soient identifiés comme les porteurs les plus à même de porter ce futur service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce.

Si l'expertise et la qualité des actions réalisées par les CAMSP ne fait aucun doute, il aurait été intéressant de s'appuyer sur des données qualitatives et quantitatives remontées des actuels CAMSP et CMPP pour déployer le service le plus adapté aux besoins des enfants et des familles sur les territoires. Or actuellement, la CNSA rencontre de nombreuses difficultés techniques pour recueillir et analyser les rapports d'activités des CAMSP et CMPP.

Ces difficultés sont dénoncées depuis de nombreux mois par les associations et bien que des travaux aient été initiés par la DGCS il y a maintenant plusieurs années, aucun n'a réellement abouti.

Tel est l'objet du présent amendement.

Article 38 - Prévoir une rémunération des temps de concertation pluridisciplinaire dans le cadre du suivi des projets de parcours initiés au titre du service de repérage et d'accompagnement précoce (amendement UNIOPSS soutenu par France Assos Santé)

Dispositif

Au troisième alinéa de l'article L.21134-1, après les mots « La rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre de ce parcours prend la forme d'un forfait. » est insérée la phrase suivante :

« Cette rémunération comprend le temps dédié par les professionnels réalisant ces prestations à la concertation disciplinaire. »

Exposé des motifs

Obligatoires dans certains parcours de soins (ex. en cancérologie) les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

Au cours de ces réunions, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. Les décisions prises sont tracées, puis soumises et expliquées au patient.

Rarement financés dans le secteur médico-social, ces temps d'échanges constituent pourtant la garantie d'un suivi pluridisciplinaire du parcours de la personne. Pour les professionnels, la rémunération de ces temps constituera un vecteur d'attractivité tout en leur permettant de renforcer la synergie entre différents corps de métiers. Il est à noter qu'une telle rémunération devra s'appliquer à tous les professionnels participant au parcours et y réalisant des prestations, qu'ils soient professionnels de santé ou non.

Tel est l'objet du présent amendement.

Article 39 – Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle (amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé)

"Le présent article est supprimé".

Exposé des motifs :

Alors que le système assurantiel a évolué s'agissant des accidents de la circulation, de la responsabilité civile ou des accidents médicaux, la législation sur les AT-MP reste la même depuis 1898 – créant ainsi de véritables discriminations entre les victimes. Les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle restent les seules victimes d'une atteinte corporelle ou psychologique à devoir se satisfaire d'une indemnisation réduite...

Face à ce constat, APF France handicap partage les propositions faites par la FNATH dans le cadre de son [livre blanc](#) sur les accidents du travail et maladies professionnelles : « *Parce qu'une victime d'accident de travail ou maladie professionnelle doit être indemnisée comme les autres victimes.* »

Avec cet article 39, le Gouvernement semble vouloir améliorer la situation des assurés, mais dans les faits, c'est au prix d'un recul des droits acquis : il est proposé une amélioration au rabais, largement financé par les assurés eux-mêmes alors qu'ils voient leurs droits actuels dégradés. En effet, l'amélioration annoncée de l'indemnisation va se traduire par une baisse du montant de la rente (telle qu'elle est actuellement calculée), puisqu'il est notamment prévu une diminution de l'assiette des salaires prises en compte dans le calcul de la part dite « professionnelle » (cf. étude d'impact page 391).

Ce n'est donc en rien une amélioration puisque : 1) le montant de la rente pour indemniser le préjudice économique sera inférieur à ce que perçoit aujourd'hui un accidenté ; 2) c'est aux accidentés du travail que l'on va demander d'accepter une dégradation des modalités de calcul de la rente pour financer le complément d'indemnisation promis (réforme à coût constant – qui est d'autant plus incompréhensible que la branche AT-MP est excédentaire de 1.9 Md€ en 2023).

II. Articles additionnels

Avant l'article 17 : Instaurer un prix minimum de vente des boissons alcooliques

Dispositif

Après l'Article L3322-1 du code de la Santé publique

Après l'article L3322-1 du code de la Santé publique, est inséré un article ainsi rédigé :

« Le prix minimum de vente des boissons mentionnées à l'article L3322-1 du Code de la Santé publique, ne peut être inférieur à 0,50 euros par unité d'alcool soit par décilitre d'alcool pur.

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 plusieurs pays : Canada, Irlande et enfin l'Ecosse à partir de mai 2018 : l'instauration d'un prix minimum de l'unité d'alcool est désormais considérée par l'OMS comme l'une des mesures les plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et limiter ses dommages. Cette mesure est particulièrement effective pour les buveurs à risque et alcoolodépendants représentant environ 10 millions de personnes en France. Elle devrait également permettre de freiner le développement préoccupant de l'alcoolisation ponctuelle importante » (API) chez les plus jeunes. En Ecosse, le bilan après 2.5 années d'application a démontré que le prix minimum de l'unité d'alcool a permis de réduire la mortalité imputable à l'alcool de 13.4% et les hospitalisations de 4.1%. Rapporté à la population de la France, une telle mesure se traduirait par un recul important de la mortalité évitable de l'ordre de 3000 à 5000 décès évités et une baisse très significative des prises en charge aux urgences et des hospitalisations. Cette mesure serait particulièrement attendue dans le contexte actuel de tension durable sur les prises en charge en urgence susceptibles de se traduire par des pertes de chances pour l'ensemble des patients.

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 et un cubitainer de 3 litres de vin titré à 12,5% d'alcool ne pourrait pas être vendue en dessous d'une quinzaine d'euros. Cette mesure serait également susceptible de freiner la prolifération des promotions sur les ventes d'alcool en grande quantité constaté dans les supermarchés comme la vente d'un deuxième pack de 24 bouteilles de bière à moitié prix.

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.

[Après l'article 21 : 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 2023, soit 4 ans après la mise en œuvre de la CSS, le taux de non recours reste très élevé, 1 personne éligible sur 2 n'y ayant pas recours, et ce taux passe même à 60% concernant la complémentaire santé payante. 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, 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 à l'ensemble de la population. 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 dans le cadre de l'aide à la complémentaire, seraient affectées à ce nouveau dispositif.

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

[Après l'article 21 : 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 21 - **Prévoir un mécanisme de revalorisation semestrielle de la pension d'invalidité**
(*amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé*)

Dispositif

Après l'article 21, insérer l'article suivant :

« I. Le premier alinéa de l'article L.161-25 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après chaque occurrence du mot « annuelle », insérer les mots « ou semestrielle »

2° Après le mot « calculée », insérer le mot « respectivement »

3° Après le mot « douze », insérer les mots « ou les six ».

II. - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à instaurer un mécanisme de revalorisation semestrielle de la pension d'invalidité remplaçant celui de revalorisation annuelle, afin que le pouvoir d'achat de ses bénéficiaires ne soit pas impacté négativement par l'inflation galopante consécutive aux diverses crises en cours sur le continent européen.

L'an passé, le gouvernement avait adopté des mesures exceptionnelles dans le cadre de la loi sur le pouvoir d'achat permettant de compenser partiellement l'inflation galopante avec la hausse de 4 % de plusieurs prestations sociales de manière rétroactive.

Ces mesures n'ont pas été poursuivies cette année : Le montant des prestations de sécurité sociale, dont la pension d'invalidité, n'a augmenté que de 1,6 % le 1er avril, date de la traditionnelle revalorisation annuelle. C'est moins que l'inflation qui s'élève à 6,3 % sur un an, de mars 2022 à février 2023.

Sur un an, l'indice des prix à la consommation harmonisé augmenterait de 5,0 % en juillet 2023, après +5,3 % en juin avec une baisse du prix de l'énergie. Cependant, les prix de l'alimentation restent à un niveau très élevé et augmentent de 13,7 % en juin 2023, ce qui a un impact considérable pour les ménages les plus modestes dont font partie nombre de bénéficiaires de la pension d'invalidité.

Le mécanisme pour le mode de calcul de la revalorisation de la pension d'invalidité pose donc problème et induit un décalage avec un mode de calcul établi sur une évaluation des prix une fois par an et sur une période lointaine, avec une évolution annuelle sur 12 mois publiée l'avant dernier mois qui précède la date de revalorisation, alors que l'augmentation des prix s'accélère actuellement de mois en mois impactant significativement les revenus des ménages les plus modestes.

Rappelons qu'aujourd'hui, plus de 800 000 personnes bénéficient de la pension d'invalidité. La très grande majorité des titulaires de pensions d'invalidité vit sous le seuil de pauvreté

[Après l'article 21 - Déconjugaliser l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité \(ASI\) \(amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé\)](#)

Dispositif

Après l'article 21, insérer l'article suivant :

« I. L'article L815-24-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- A la première phrase, après le mot "intéressé" supprimer les mots suivants : "et, s'il y a lieu, de celles du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité".

- A la dernière phrase, après le mot "intéressé, supprimer les mots suivants : "ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

II. Le 2° de l'article D815-19 du code de la sécurité sociale est supprimé.

III. La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

Exposé des motifs

Suite à la mobilisation de la société civile, l'allocation adulte handicapé (AAH) est déconjugalisée depuis le 01/10/2023. La réforme déconjugalisation, de l'AAH a cependant oublié les bénéficiaires de l'ASI : pour le calcul du montant de l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi), les revenus du conjoint, pacsé ou concubin, continuent à être pris en compte. Les pensionnés d'invalidité, qui doivent prioritairement mobiliser l'ASI en complément de leur pension quand le montant de celle-ci est trop faible, subissent donc une inégalité de traitement avec les allocataires de l'AAH, qui, eux, bénéficient de la déconjugalisation. Il convient donc de déconjugaliser l'ASI pour que les bénéficiaires aient les mêmes droits que les allocataires de l'AAH.

[Après l'article 22 : Prise en charge de l'activité physique adaptée prescrite](#)

Dispositif

Article L1172-1 du code de la Sécurité Sociale

France Assos Santé

11 octobre 2023

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 22 : 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 apparaît 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, sur le modèle de l'action 0 patient ALD sans médecin traitant, pour l'ensemble des personnes sans médecin traitant qui le souhaitent, en s'appuyant sur les Caisses d'Assurance maladie et les structures territoriales, telles que les CPTS, dont l'une des missions 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 22 : 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 Maitrisée (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 : 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 près de 3 millions de personnes (soit 4% 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

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

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 30 : 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 36 : lutter contre les pénuries de médicaments

Dispositif

A l'article L5121-29 du Code de la santé publique, à l'alinéa 2, après les mots : « au cours des douze derniers mois glissants. », insérer les mots :

« Pour les médicaments d'intérêts thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants ».

Exposé des motifs

Les pénuries de médicaments et de vaccins s'intensifient avec des conséquences importantes pour les personnes malades et pour la santé publique. En mars 2023, le baromètre des droits des personnes malades de France Asso Santé réalisé par l'institut BVA auprès d'un échantillon représentatif de la population française montrait que 37% des personnes vivant sur le territoire ont déjà fait face à une pénurie de médicaments, en hausse de 8 points par rapport à 2022.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a consacré l'obligation pour les industriels de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national qui ne peut excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament.

Le décret d'application du 30 mars 2021 a révisé à la baisse le dispositif en introduisant une obligation de « au moins » 2 mois de stock pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur (MITM) pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme.

La possibilité d'augmenter ce stock de sécurité prévue par le décret ne répond pas à un objectif de prévention des pénuries. La liste des médicaments concernés serait en effet établie à posteriori sur la base des ruptures constatées les deux années précédentes. En 2018, une mission sénatoriale mentionnait pourtant une durée moyenne des pénuries de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur de 14 semaines.

Le présent amendement vise à tenir compte de l'importance des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur reconnue par la loi, en prévoyant que pour ces derniers la limite des stocks ne puisse être inférieure à quatre mois de couverture des besoins.

Après l'article 36 : [Supprimer les franchises médicales et participations forfaitaires pour les soins en lien avec une 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 reconnues 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 rétroactivité possible de 5 ans.

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 36 : Supprimer les franchises sur les médicaments génériques

Dispositif

Article L160-13

Au 1^{er} 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 36 : Permettre une préparation magistrale issue d'une spécialité (pédiatrie/ maladies rares)

Dispositif :

L'article L5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi complété :

11) Peuvent modifier une prescription d'une spécialité pharmaceutique dont la dose ou la forme galénique n'est pas adaptée à un usage pédiatrique et en l'absence d'alternatives thérapeutiques disponibles, en une prescription d'une préparation magistrale approprié à un usage pédiatrique à partir de la dite spécialité pharmaceutique dans les conditions prévues aux articles R5132-3 et R5132-8 du code de la santé publique ainsi qu'aux bonnes pratiques mentionnées à l'article L5125-1 du code de la santé publique. Il en informe le prescripteur par tout moyen. »

Exposé des motifs

70% des maladies rares débutent pendant l'enfance. La maladie rare est la première cause de maladie grave et chronique chez l'enfant, la première cause de handicap et la première cause de décès.

S'il n'existe pas, dans 90% des cas de traitement curatif, les enfants ont souvent des traitements médicamenteux lourds pour traiter les symptômes, ralentir l'évolution de la maladie et/ou améliorer leur qualité de vie. La majorité de ces traitements sont des spécialités dont l'AMM est donnée pour l'adulte et avec une galénique adaptée à l'adulte (gélules ou comprimés à avaler).

Jusqu'à présent, le pharmacien d'officine n'est pas autorisé à transformer la prescription d'une spécialité en préparation magistrale - à moins d'avoir l'accord exprès et préalable du prescripteur (en réalité, quasiment injoignable). Il ne peut que délivrer la spécialité et ce sont les parents qui ont à charge de préparer la dose prescrite à l'enfant : exemple : couper ¼ de comprimé matin, midi et soir et ce, pour de nombreux médicaments. Cet état du droit a des effets délétères puisqu'il entraîne des risques de mauvais dosage par les parents - avec les risques afférents pour la santé de l'enfant, sans compter le temps à passer par les parents ou aidants à réaliser ces doses, en sus des multiples soins à apporter à leurs enfants souvent en situation de handicap.

Cet amendement a pour objectif de permettre aux pharmaciens d'adapter ou de modifier une prescription d'une spécialité pharmaceutique dont la dose ou la forme galénique n'est pas adaptée à un usage pédiatrique, en l'absence d'alternatives thérapeutiques disponibles.

Après l'article 36: Fixation du prix du médicament, prendre en compte les investissements publics dans la recherche et le développement

Dispositif

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.

Après l'article 37 - Lever la barrière d'âge pour pouvoir bénéficier de la PCH (*amendement APF-France Handicap soutenu par France Assos Santé*)

Dispositif

I. - L'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, supprimer les mots : « dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et »

b) En conséquence, le II est supprimé.

II. – En conséquence, l'article L.245-9 est abrogé.

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Exposé des motifs

Les dispositifs actuels de soutien à l'autonomie (APA, PCH) sont insuffisants et trop parcellaires. Qui plus est, ils instaurent des barrières dans l'accès aux droits, notamment en fonction de l'âge.

En effet, une barrière arbitraire et incohérente a été fixée entre handicap et vieillesse à 60 ans. Ainsi, un handicap survenu après 60 ans sera traité au titre du vieillissement, avec une prise en charge moins favorable (APA).

Aussi, cet amendement propose de lever cette barrière d'âge, avec l'objectif à terme de créer une prestation universelle d'autonomie quels que soient l'âge, l'état de santé ou le handicap, permettant de garantir les moyens financiers d'une compensation intégrale, effective et personnalisée, sans exclusion d'aucune situation de handicap.

Cela serait en cohérence avec le caractère universel de la prise en charge du soutien à l'autonomie (principe à l'origine de la 5^{ème} branche) et surtout avec l'article 13 de la loi du 11 février 2005, qui prévoit la suppression des barrières d'âge en matière de compensation du handicap, afin d'éviter toute rupture de droits.

[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 37 : Reconnaître la place des représentants d'utilisateurs 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'utilisateurs désigné par le conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein parmi les associations d'utilisateurs agréées au titre de l'article L 1114-1 du Code de la Santé publique ».

Exposé des motifs

France Assos Santé
11 octobre 2023

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 37 : Permettre 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.

Malgré des défis immenses et de futurs choix de société brûlants, les associations d'usagers du système de santé restent pourtant écartées de la politique de fixation des produits de santé.

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 37- Renforcer la démocratie en santé : instaurer un nouveau fonds pour sécuriser le financement des associations d'usagers agréées

Dispositif

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.

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'Union nationale des associations agréées du système de santé (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.

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)

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