



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

Amendements proposés par l'association AIDES

Amendement 1 : Financer la branche « Autonomie » pour couvrir tous les besoins, y compris ceux des personnes en situation de handicap	3
Amendement 2 : Supprimer le délai de carence des arrêts de travail relatifs à certaines maladies infectieuses	5
Amendement 3 : Intégrer les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) au dispositif de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie	7
Amendement 4 : Agir sur la santé sexuelle grâce aux rendez-vous de prévention	8
Amendement 5 : Adapter la prise en charge du dépistage des IST sans ordonnance aux réalités épidémiologiques	9
Amendement 6 : Favoriser le recours à la biologie médicale délocalisée pour le dépistage des IST sans ordonnance	11
Amendement 7 : Permettre aux acteurs-trices associatifs-ves formés-es de prendre part aux protocoles de coopération pour les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic	13
Amendement 8 : Permettre à de nouvelles structures d'accueillir des protocoles de coopération pour les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic	14
Amendement 9 : Suppression du forfait patient urgences (FPU) : exonération ALD et clarification des situations de facturation	17

Amendement 9bis : Amendement de repli : exonération du forfait patient urgences (FPU) pour les affections de longue durée (ALD)	19
Amendement 10 : Financer les expérimentations en santé Haltes « Soins Addictions » (HSA)	20
Amendement 11 : Assurer la transparence des investissements publics de recherche et de développement et de l'état de la propriété intellectuelle	22
Amendement 12 : Suppression des modalités d'étalement des paiements pour des médicaments très onéreux	24
Amendement 13 : Assurer la transparence des conventions signées concernant les médicaments de thérapie innovante	25
Amendement 14 : Amendement rédactionnel concernant les critères de l'échec de traitement	26
Amendement 14bis (amendement de repli), visant à compléter les critères de l'échec de traitement	27
Amendement 14ter (amendement de repli) : Assurer la participation des patients-es à la définition des critères d'échec de traitement	28
Amendement 15 : Assurer que l'assurance maladie n'ait pas la charge de la réindustrialisation du pays dans le domaine pharmaceutique	29
Amendement 16 : Permettre le recours à une licence d'office en cas de retrait du marché de l'industriel	30
Amendement 17 : Revaloriser les tarifs de la PCH	31
Amendement 18 : garantir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, en revalorisant et reconnaissant l'ensemble des professionnels (engagements Ségur)	32
Amendement 19 : instaurer un observatoire national afin de mieux connaître les besoins des territoires pour adapter l'offre	34
Amendement 20 : Lever la barrière d'âge pour bénéficier de la PCH	36
Amendement 21bis : Créer une prestation universelle d'autonomie	38
Amendement 22 : Indexation du montant des indemnités journalières pour arrêt maladie, accident de travail ou maladie professionnelle pour tenir compte de l'augmentation générale des salaires	40

Amendement 1 : Financer la branche « Autonomie » pour couvrir tous les besoins, y compris ceux des personnes en situation de handicap

Amendement également soutenu par :



APRÈS L'ARTICLE 3 (ou 52), insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le financement public du soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Créée en 2020, la 5ème branche de la Sécurité Sociale dédiée au soutien à l'autonomie doit être un outil majeur au service de l'amélioration effective et du respect des droits des personnes en situation de handicap ou âgées – quels que soient leur âge et leurs projets de vie. Pour être pleinement effective, cette nouvelle branche doit s'accompagner d'une véritable politique publique de soutien à l'autonomie et répondre aux besoins croissants de financement.

Si le rapport Libault (2019) a permis de déterminer les besoins de financement public pour les personnes âgées, à ce jour, aucune étude complète ne concerne spécifiquement les personnes en situation de handicap.

Une étude indépendante, menée par le Laboratoire d'Idées Santé Autonomie (LISA) a estimé à 12 milliards d'euros les besoins de financement complémentaires afin d'assurer l'autonomie de vie des personnes en situation de handicap. Mais, cette enquête a montré la carence de données sur l'évaluation de l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap et de leur famille.

Afin de permettre l'identification des besoins et des aspirations sur les territoires et donc la conception de solutions adaptées avec des moyens financiers dédiés, l'Etat devrait mener un large travail de recueil et d'évaluation des données recueillies par tous les acteurs du champ du handicap (DRESS, ARS, MDPH, ESMS, etc.).

Cet amendement vise également à rappeler que la branche Autonomie concerne à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap – qui sont souvent oubliées dans les discours politiques autour du « bien vieillir ».

Par ailleurs, la question du périmètre de cette branche et de l'ingénierie de son financement se pose toujours : on peut notamment se demander pourquoi les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées sont toujours comprises dans l'ONDAM.

Amendement 2 : Supprimer le délai de carence des arrêts de travail relatifs à certaines maladies infectieuses

Dispositif

À l'Article 16

I – Au premier alinéa du II, remplacer les mots « la covid-19 établie par un examen inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale » par « une maladie infectieuse dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé, et lorsque l'infection est établie soit par un examen inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale, soit selon les recommandations en vigueur, »

II – Au 2° du II, remplacer « est » par « peut être ».

III – Au 4° du II, les mots « la covid-19 » sont supprimés et remplacés par « une maladie infectieuse de la liste fixée par arrêté mentionné au II »

IV – Au premier alinéa du III, les mots

« la consultation prévacinale et les consultations de vaccination contre le SARS-CoV-2, pour les frais liés à l'injection du vaccin contre le SARS-CoV-2. »

sont supprimés et remplacés par :

« les consultations de prévention des maladies infectieuses mentionnées au II. Ces dispositions s'appliquent notamment aux consultations prévacinales et aux consultations de vaccination pour les vaccins dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Elles couvrent également les frais liés à l'administration du vaccin. »

V – Au IV, supprimer « et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023 »

Exposé des motifs

Dans le cadre de la crise sanitaire liée à la COVID-19, l'État a suspendu l'application de la période de carence relative à l'indemnisation des arrêts maladie. Cette disposition a permis de favoriser le respect des mesures d'isolement des personnes diagnostiquées positives à la COVID-19, notamment pour les personnes qui n'auraient pas pu assumer de perte de

revenus, contraintes de continuer à travailler malgré l'infection et les risques de transmission liés.

D'autres épidémies, dont le risque infectieux est pourtant fort, ne bénéficient pas de mesures similaires. Au cours de l'été 2022 par exemple, alors que le pays est touché par l'épidémie de monkeypox, dit « variole du singe », des malades ont continué à se rendre sur leur lieu de travail, ne pouvant renoncer au versement de 3 jours de salaire.

Cet amendement propose donc que le principe de suppression des délais de carence actuellement appliqué aux personnes malades de la COVID, soit étendu aux maladies présentant un risque infectieux pour lesquelles les mesures de prévention nécessitent un isolement. L'amendement propose que le Ministre chargé de la santé, établisse la liste des maladies concernées par arrêté.

L'amendement étend également à ces mêmes maladies la prise en charge complète des frais relatifs aux consultations de prévention et de vaccination (lorsqu'un tel outil est existant).

Outre l'intérêt à titre individuel de la réduction des contaminations, de telles mesures de santé publique devraient en outre permettre à l'État des économies financières. En limitant la propagation des épidémies, le nombre de personnes malades sera amené à baisser, et les dépenses de santé liées également.

Amendement 3 : Intégrer les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) au dispositif de rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie

Amendement soutenu via :



Dispositif

Article 17

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

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.

Amendement 4 : Agir sur la santé sexuelle grâce aux rendez-vous de prévention

Amendement également soutenu par :



Dispositif

A l'article 17

I – Au a) du II. :

Après les mots « de 40 à 45 » sont insérés les mots « , ainsi qu'à ceux liés aux rendez-vous de prévention en matière de santé sexuelle ».

Exposé des motifs

L'exposé des motifs du PLFSS pour 2023 initial évoque les dépistages IST rendus possibles par les rendez-vous prévention, mais ces dépistages, ni la santé sexuelle de façon globale, ne sont pas mentionnés explicitement dans le dispositif, contrairement à la lutte contre le cancer ou addictions.

Cet amendement vise à rendre la prévention en matière de santé sexuelle plus identifiable dans la partie du code de la santé publique où est évoqué le contenu des rendez-vous de prévention, afin de favoriser la visibilité et ainsi la mise en œuvre effective.

Amendement 5 : Adapter la prise en charge du dépistage des IST sans ordonnance aux réalités épidémiologiques

Amendement également soutenu par :



Dispositif

A l'Article 18

I – Au cinquième alinéa, supprimer :

« le cas échéant sous condition de limite d'âge, »

II – La charge pour l'Etat 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

Afin d'agir efficacement contre la progression du VIH, des hépatites virales et des IST, cet amendement vise à supprimer le critère d'âge pour le remboursement des dépistages d'IST sans ordonnance.

A la différence de pathologies qui surviennent davantage à certains âges, le VIH, les hépatites virales et les IST touchent principalement des profils socio-économiques et des publics exposés ou aux pratiques exposantes en termes de contamination.

Comme le rappelle le Bulletin de santé publique VIH-IST publié par Santé publique France en décembre 2020[1], « Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les hétérosexuel-le-s né-e-s à l'étranger restent les 2 groupes les plus touchés [par le VIH] ». Ils représentent respectivement 43% et 37% des découvertes de séropositivité déclarées entre janvier 2019 et septembre 2020. Il en va de même pour les découvertes de syphilis et de gonocoque, diagnostiquées en 2019 principalement chez des HSH (respectivement à 79% et 74%). En 2018, l'occasion de la réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*, la Haute autorité de santé présentait comme facteurs de risques non pas des critères liés à l'âge mais bien la liste suivante : « multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents



d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol. »[2] Par ailleurs la Stratégie nationale de santé sexuelle établit qu' « une approche populationnelle renforcée est nécessaire afin d'assurer le déploiement de mesures adaptées ». [3]

Au regard de ces réalités épidémiologiques, il n'est pas pertinent de mettre en œuvre des stratégies de prévention en santé sexuelle basées sur l'âge des personnes.

Amendement 6 : Favoriser le recours à la biologie médicale délocalisée pour le dépistage des IST sans ordonnance

Amendement également soutenu par :



Dispositif

A l'Article 18

I – Au second alinéa du 1° :

Après les mots « laboratoire de biologie médicale » sont ajoutés les mots « ou dans les conditions définies à l'article L. 6211-18 du code de la santé publique ».

II – La charge pour l'Etat 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 autorise le remboursement des examens de biologie médicale, visés à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale, réalisés de façon délocalisée.

Le troisième alinéa de l'article L. 6211-18 du code de la santé publique autorise les activités de biologie médicale en dehors de laboratoires, ou délocalisées (BMD) lorsque des motifs liés à la santé des personnes le nécessitent. Cette condition, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2019, représente une avancée dans le déploiement de la BMD, aujourd'hui souvent restreinte à des programmes déployés à l'échelle locale ou dans le cadre d'expérimentations. Avant 2019, la réalisation d'examens de BMD était réservée aux situations thérapeutiques urgentes.

En dépit de son faible déploiement, la BMD présente de réels avantages pour combattre les épidémies de VIH, des hépatites virales et des IST. Elle permet notamment de dépister à proximité des lieux fréquentés populations exposés à ces virus et infections, en dehors de structures fixes notamment dans des actions « d'aller vers » (outreach). La fiabilité des résultats des examens de BMD et la rapidité, quasi-instantanée, avec lesquels ils sont disponibles limite les pertes de vue des personnes et rend possible la réalisation de *test-and-treat* : le fait de mettre en place une consultation médicale débouchant sur la dispensation d'un traitement immédiatement après un résultat de test positif.

Découlant de l'Action 15 de la Feuille de route santé sexuelle 2018-2020, l'Appel à manifestation d'intérêt pour une Expérimentation nationale de centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) publié en 2018[4] évoquait spécifiquement cet atout en qualifiant de « clé de réussite du projet » « la réalisation d'un dépistage qui permette la remise immédiate des résultats tant que le patient est présent » basé sur la biologie délocalisée.

L'Arrêté du 27 février 2018 relatif à ces centres de santé évoquait quant à lui l'impact de la BMD en termes d'efficience pour les dépenses de santé[5] : les personnes vivant avec le VIH prenant un traitement ne transmettant pas le virus, la mise sous traitement rapide des personnes permet de réduire le nombre de contaminations à VIH pour lesquels un traitement aurait dû être initié. Pour un public cible de 150 000 personnes dépistées et mise sous traitement rapidement, cet Arrêté estime à 3 329 712 euros le montant d'économies réalisées.

Amendement 7 : Permettre aux acteurs-trices associatifs-ves formés-es de prendre part aux protocoles de coopération pour les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article additionnel après l'article 20

L'article L.4011-1 du code de la santé publique est ainsi modifié.

A l'article L. 4011-1, un « I » est inséré en amont du premier et du deuxième alinéa.

Après le deuxième alinéa, un « II » est inséré et rédigé comme suit :

« Par dérogation au I, des acteurs formés issus des associations mentionnées à l'article L. 6211-3 du code de la santé publique peuvent prendre part à des activités de dépistage, de prévention et de diagnostic, dans le cadre des démarches de coopération engagées à l'initiative de professionnels de santé. Ces acteurs interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience, dans le cadre de protocoles définis par décret.»

Exposé des motifs

Certaines associations de santé qui agissent notamment dans le domaine du VIH, des IST et des hépatites disposent d'une expérience du dépistage, de la prévention, de la sensibilisation et du diagnostic. Ces compétences, validées par des formations dont le cahier des charges est réglementé, font d'elles des actrices de santé à part entière.

Ces associations sont régulièrement amenées à exercer aux côtés de professionnels-les de la santé, que ce soit dans leurs locaux, en extérieur, ou dans les structures et établissements de santé. Tout au long de la crise sanitaire, leur rôle n'a cessé d'être renforcé, au point que la Haute autorité de la santé recommande de les intégrer à la stratégie de dépistage de la COVID-19.

Il semble donc logique de formaliser la participation des associations en santé aux actions de dépistage, de prévention et de diagnostic et de l'élargir aux protocoles de coopération.

Amendement 8 : Permettre à de nouvelles structures d'accueillir des protocoles de coopération pour les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article additionnel après l'article 20

I – Les articles L. 4011-4-4, L. 4011-4-5, L. 4011-4-6, L. 4011-4-7 et L. 4011-4-8 du code de la santé publique deviennent respectivement articles L. 4011-4-8, L. 4011-4-9, L. 4011-4-10, L. 4011-4-11 et L. 4011-4-12.

II – Dans le code de la santé publique, après l'article L. 4011-4-3 sont insérés les articles suivants :

« Art. L. 4011-4-4. – Des professionnels de santé exerçant dans le cadre des expérimentations mentionnées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération avec l'accord du Conseil stratégique de l'innovation en santé.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.

« Art. L. 4011-4-5. – Des professionnels de santé exerçant au sein des centres mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur du centre.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2.

« Art. L. 4011-4-6. – Des professionnels de santé exerçant au sein des centres mentionnés à l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur du centre.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2. »

« Art. L. 4011-4-7. – Les associations mentionnées à l'article L. 6211-3 du code de la santé publique, lorsqu'elles emploient des professionnels de santé, peuvent, à l'initiative de ces derniers, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération avec l'accord des autorités administratives citées au même article.

« Ces protocoles satisfont aux exigences essentielles de qualité et de sécurité mentionnées à l'article L. 4011-2. »

Exposé des motifs

Les protocoles de coopérations permettent d'innover dans le parcours de soins et de répondre au mieux aux attentes des populations. De telles opportunités, élargies aux équipes de soins primaires, aux CPTS et aux ESMS par la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, doivent s'ouvrir à d'autres structures accueillant des publics rencontrant des besoins spécifiques.

Cet amendement autorise la mise en place de protocoles de coopération au sein des Centres de santé sexuelle d'approche communautaire en cours d'expérimentation, dans les centres de santé, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD), Organismes de prévention sanitaires habilités au Test rapide d'orientation diagnostique (TROD), aux Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) et aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), ainsi qu'aux structures de prévention associatives.

Certains centres de santé, y compris ceux créés dans le cadre des expérimentations mentionnées à l'article L. 162-31-1 du CSP, font déjà le pari d'une approche adaptée aux populations qui les fréquentent. C'est aussi le cas des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD). De nombreuses associations accueillent des professionnels de santé dans le cadre de leurs activités ; de fait les elles devraient aussi être concernées par ces dispositifs et par les avantages qu'ils offrent. Tout au long de la crise sanitaire, leur rôle n'a cessé d'être renforcé, au point que la Haute autorité de la santé recommande de les intégrer à la stratégie de dépistage de la COVID-19.

[1]

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>

[2]

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis



[3] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

[4] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ami_centres_de_sante_sexuelle_communautaire_vf.pdf

[5]

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=qQZvpD5KEWkBEm4pRiZii3Uj7auApi_VD47X9S1rns

=

Amendement 9 : Suppression du forfait patient urgences (FPU) : exonération ALD et clarification des situations de facturation

Amendement également soutenu par :



Dispositif

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

« I. Le 4^{ème} alinéa du I de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale est supprimé.

II. La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services. »

Exposé des motifs

Le forfait patient urgences (FPU) d'un montant de 19,61 euros est demandé pour tout patient pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. Un certain nombre d'exonérations sont prévues. Le FPU a vocation à être remboursé intégralement par la complémentaire du patient. Or, un nombre significatif de français sont dépourvus de complémentaire santé.

Le FPU constitue un obstacle aux soins pour les patients les plus démunis et vivant dans des territoires où il n'y a pas de médecins traitants. Pour les Français vivant dans des zones sous-denses et privés de médecin traitant, le recours aux urgences est souvent la seule solution.

Il est injuste d'imposer le FPU à des patients ayant une couverture sociale et qui consultent aux urgences de l'hôpital du fait d'une absence de médecin traitant, ou qui ne peuvent pas être reçus rapidement par leur médecin généraliste.

Par ailleurs, les pratiques des hôpitaux divergent d'une structure à l'autre, puisque certains établissements facturent le FPU même lorsqu'aucun soin ni consultation n'ont



été dispensés (cas d'une personne ayant quitté l'établissement avant toute prise en charge).

Amendement 9bis : Amendement de repli : exonération du forfait patient urgences (FPU) pour les affections de longue durée (ALD)

Amendement également soutenu par :



Dispositif

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

- I. Au 4^{ème} alinéa du I de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale, les mots « *au 11° et au 13°* » sont remplacés par les mots « *aux 3°, 4°, 11°, et 13°* ».
- II. La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services. »

Exposé des motifs

La création d'un forfait patient urgences (FPU), qui visait à remplacer le système du ticket modérateur, crée un reste à charge supplémentaire pour les personnes dont la maladie est classée en affection de longue durée alors que celles-ci, victimes de maladies chroniques sont déjà soumises à des franchises médicales et dépassements d'honoraires qui alourdissent leur reste à charge

Cet amendement vise donc d'une part à réintroduire pour le FPU les exonérations dont bénéficiaient les personnes en ALD concernant le ticket modérateur remplacé par ce forfait.

Amendement 10 : Financer les expérimentations en santé Haltes « Soins Addictions » (HSA)

Amendement également soutenu par :



Article additionnel

À la suite de l'Article 28

{Financer les expérimentations en santé Haltes « Soins Addictions » (HSA) à la suite de
l'Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif
aux haltes "soins addictions"}

Après l'Article 28

Insérer un article ainsi rédigé :

« Le Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

À l'article L162-31-1 :

1° Au premier alinéa du VI., les mots « peut être assuré » est remplacé par « est assuré ».

2° Au deuxième alinéa du VI., la première phrase est complétée par une phrase ainsi rédigée
: « Le montant des ressources de ce fonds peut également être assuré chaque année sur
l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique. »

Exposé des motifs

Nous déplorons que ce projet de financement de la loi de la sécurité sociale 2023 ne comporte aucune dotation permettant la mise en place effective de l'expérimentation des nouveaux dispositifs de santé Haltes « Soins Addictions » (HSA), entérinés par l'Arrêté du 26 janvier 2022. En effet, le code de la sécurité sociale ne permet pas, à date, d'attribuer une dotation financière systématique aux projets d'expérimentation en santé. Sans cette

dotation, ces projets restent dépendants de décisions juridiques ponctuelles, et ne peuvent donc voir le jour avant des mois, voire des années.

En permettant d'assurer un fonds stable aux expérimentations en santé, la modification du Code de la sécurité sociale est synonyme d'une volonté politique forte quant à la modernisation de notre système de santé. En effet, cette modification permet de mettre en valeur les innovations en santé dans le PLFSS, mais aussi et de fait dans les dotations financières allouées aux projets par l'ONDAM.

Concernant le financement des HSA : l'Arrêté du 26 janvier 2022 indique que le financement d'une HSA est assuré sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique. Bien que des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement), le coût des HSA demeure élevé, et nécessite donc un soutien financier étatique fort. Sur la base du rapport de l'OFDT et l'INSERM, nous estimons le coût de la création de 7 HSA pour les territoires en grand besoin (dont 4 à Paris), ainsi que la continuation du fonctionnement des 2 HSA existantes, à environ 9 504 013 € pour l'année 2023. En effet, la mise en place (équipement et aménagements) d'un dispositif intégré HSA dans un tissu urbain dense s'élève à environ 1 060 000 €, avec un coût de fonctionnement annuel moyen de 2 528 013 €. Dans un tissu urbain moins dense, la même mise en place s'élève à environ 546 000 €, avec un coût de fonctionnement annuel moyen de 1 098 000 €. Des dispositifs mobiles sont aussi prévus par l'Arrêté du 26 janvier 2022 pour les tissus urbains moins denses, ce qui permettrait de réduire ces coûts. Ces dispositifs mobiles s'incarnent à travers des camions spécialisés qui proposent uniquement des postes de consommation, dans une démarche « d'aller-vers » les usagers.

Sources

Rapport INSERM et OFDT, 2021

Amendement 11 : Assurer la transparence des investissements publics de recherche et de développement et de l'état de la propriété intellectuelle

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article additionnel

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article L162-17-4-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots « du comité économique des produits de santé » sont insérés les mots « l'état de la propriété intellectuelle, les éventuelles opérations de rachats ou fusions d'entreprises et » ;

2° Après les mots « investissements publics » sont insérés les mots « directs et indirects » ;

3° Après les mots « pour le développement » sont insérés les mots « pour chacun. » »

Exposé des motifs

La principale justification des industriels à un prix élevé du médicament est le fort coût de recherche et développement (R&D) mis en œuvre pour pouvoir développer un nouveau médicament. Or, comme le rappelle l'Assurance maladie dans son rapport Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, une part non négligeable des dépenses de R&D provient de financements publics, et le manque de transparence rend difficilement distinguable la part des investissements publics et privés pour le développement d'une nouvelle molécule. Cela « rend plus difficile encore l'évaluation du fondement des demandes de prix avancées par les industriels ».

Cet amendement vise donc à assurer une réelle transparence des montants des investissements publics de recherche et de développement (R&D) bénéficiant aux entreprises pour de nouveaux médicaments. Il vient détailler les dispositions relatives à la

transparence de ces investissements adoptées dans le cadre du PLFSS 2021 pour rendre le dispositif opérant.

La première modification permet d'accéder à l'information sur la généalogie des molécules à travers des déclarations des industriels des éventuels rachats de brevets ou d'entreprises qui leur ont permis d'obtenir leurs droits de commercialisation. Il permet donc d'inclure dans le dispositif les investissements publics qui ont bénéficié aux différents acteurs impliqués dans la R&D d'un produit de santé.

La seconde modification précise la nature de ces investissements publics, incluant les investissements indirects (exonérations d'impôts ou de cotisations). En effet, des aides telles que le Crédit d'impôt recherche, le crédit d'impôt innovation ou encore le statut Jeune entreprise innovante constituent la plus grande part de l'effort public de recherche et de développement.

La dernière modification permet d'obtenir ces données médicament par médicament, donc dans un format plus adapté à des négociations de prix menées pour chaque produit. Par ailleurs, cette modification permet d'accéder à l'information pour un produit sur le temps long de la R&D, contrairement à des données agrégées par entreprise au titre de l'année précédente. De fait, la lisibilité des données ne peut être dissociée de l'impératif de transparence qui motive cette mesure.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des engagements pris par la France à l'Assemblée mondiale de la santé dans le cadre de la résolution visant à assurer la transparence des marchés de médicaments.

Amendement 12 : Suppression les modalités d'étalement des paiements pour des médicaments très onéreux

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30

Les alinéa de 1 à 14 sont supprimés.

Exposé sommaire :

Article qui organise un modèle de paiement des médicaments de thérapie innovante sur plusieurs années, en fonction de critères de performance déduits à partir des résultats de vie réelle. Si ce modèle vise à encadrer les incertitudes thérapeutiques et financières pour l'assurance maladie, liées à des accès de plus en plus précoces et avec des niveaux de preuves faibles, il considère comme naturels et inévitables les prix exorbitants, qui se comptent en centaines de milliers d'euros, voire en millions d'euros par patient.

Le paiement dans le temps organise de surcroît une dette durable, qui sera cumulative dans le temps pour l'assurance maladie, et qui représente un risque pour l'accès à la santé et aux soins demain.

Amendement 13 : Assurer la transparence des conventions signées concernant les médicaments de thérapie innovante

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30

A la fin de l’alinéa 12, ajouter les mots « Ces conventions et décisions sont rendues publiques. »

Exposé sommaire

Cet amendement vise à organiser plus de transparence sur le prix et les coûts des thérapies géniques en rendant les conventions et décisions publiques. Il vise par là à organiser une dépense et une gestion publique éclairée, transparente et démocratique. Il tire ainsi les conséquences de l’exposé des motifs pour le présent article qui précise « Il s’agit notamment d’encadrer la décorrélation des prix faciaux et des prix nets des remises pour que cette possibilité ne donne pas lieu à une croissance non maîtrisée des prix... ». De surcroît, cet amendement inscrit la France dans une démarche cohérente par rapport à ces engagements internationaux, notamment la résolution votée en 2019 à l’Assemblée mondiale de la santé visant à organiser une plus grande transparence sur le prix des médicaments et le marché pharmaceutique.

Amendement 14 : Amendement rédactionnel concernant les critères de l'échec de traitement

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30 :

A l'alinéa 13, supprimer les mots ; « notamment en cas de décès »

Exposé sommaire

Des médicaments de thérapies innovantes, à l'image des traitements CAR-T (thérapies géniques contre le cancer) peuvent entrer dans le cadre du présent article. Pour ces traitements, l'échec ne signifie pas le décès du patient, puisque d'autres lignes peuvent être disponibles, ou d'autres essais cliniques, qui peuvent se traduire par une vie avec le cancer, voire la guérison du patient. Le décès n'est donc pas un critère suffisant, qui ne peut être souligné dans la loi comme critère principal, au risque de faire payer pleinement et durablement des traitements qui n'ont pas fonctionné ou ne fonctionnent plus. Il revient de revenir à des critères cliniques, dépendant largement de la maladie, et devant être définie en lien avec les professions médicales spécialistes de ces traitements et des pathologies concernées.

De surcroît, cet amendement évite de produire une liste, dans la loi, des critères à considérer dans l'article, toute liste organisant des oublis et impensés.

Amendement 14bis (amendement de repli), visant à compléter les critères de l'échec de traitement

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30

A l'alinéa 13, après les mots, « en cas de décès », ajouter les mots, « ou de rechute supposant de nouvelles lignes de traitements ou de nouveaux essais cliniques ».

Exposé des motifs

Des médicaments de thérapies innovantes, à l'image des traitements CAR-T (thérapies géniques contre le cancer) peuvent entrer dans le cadre du présent article. Pour ces traitements, l'échec ne signifie pas le décès du patient, puisque d'autres lignes peuvent être disponibles, ou d'autres essais cliniques, qui peuvent se traduire par une vie avec le cancer, voire la guérison du patient. Le présent amendement vise donc à considérer les prises en charge après l'échec de médicaments de thérapie innovante, afin de ne pas payer de manière sous-optimale des traitements qui ne fonctionnent plus sur des patients donnés, mais pour lequel l'équipe médicale propose d'autres options thérapeutiques. Enfin, cet amendement rapproche l'article et la mesure proposée de la pratique et réalité clinique et hospitalière.

Amendement 14ter (amendement de repli) : Assurer la participation des patients-es à la définition des critères d'échec de traitement

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30

A l'alinéa 13 :

Insérer les mots "Les données d'efficacité et les critères d'échec du traitement sont définis par concertation avec les associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique. "

Supprimer les mots "d'échec du traitement pour un patient, notamment en cas"

Après les mots, « de décès », ajouter les mots, « , de qualité de vie fortement dégradée ».

Exposé des motifs

Des médicaments de thérapies innovantes peuvent prolonger la vie mais dans des conditions fortement dégradées, que ce soit par une efficacité insuffisante ou par les effets indésirables. Le présent amendement vise à intégrer dans les critères la qualité de vie, et donc une mesure plus fine de l'efficacité et de la sécurité du médicament, dans la prise en compte du prix et des paiements. Enfin, cet amendement rapproche l'article et la mesure proposée de la pratique et réalité clinique et hospitalière.

Amendement 15 : Assurer que l'assurance maladie n'ait pas la charge de la réindustrialisation du pays dans le domaine pharmaceutique

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Article 30

Supprimer l'alinéa 17

Exposé des motifs

L'alinéa 17 entretient une confusion entre les politiques de santé, les politiques du médicament, et les politiques industrielles, économiques et environnementales. Ce faisant, il entérine un détournement des budgets d'assurance maladie et de santé, au profit de politiques industrielles pour lesquelles il existe d'autres outils dont bénéficie les industries du médicament. Cette confusion a déjà fait l'objet de critiques de la Cour des Comptes notamment, en 2017 : Si des interventions directes des pouvoirs publics dans la fixation du prix des médicaments pour des motifs industriels et d'emploi ne sont ni nouvelles, ni propres à la France, il apparaît dommageable que l'assurance maladie, dont le déficit reste considérable, soit ainsi mise à contribution pour financer une « politique industrielle » pour laquelle existent d'autres outils plus pertinents, comme le crédit d'impôt recherche.

Amendement 16 : Permettre le recours à une licence d'office en cas de retrait du marché de l'industriel

Amendement également soutenu par :



Dispositif :

A l'article 30, après l'alinéa 14, insérer :

“Dès lors qu'une entreprise titulaire des droits d'exploitation d'un traitement de thérapie innovante renonce à commercialiser ce médicament en France, une licence d'office, selon l'article L. 613-16 du code de propriété intellectuelle, peut être émise.”

Exposé des motifs :

Au début du mois d'août 2021, après l'échec d'un accord avec les payeurs européens pour le remboursement du Zynteglo, approuvé pour le traitement de la bêta-thalassémie, l'entreprise Bluebird Bio a décidé de se retirer du marché européen. La base de négociation avancée par l'entreprise pharmaceutique était de \$1.8 million pour une thérapie à dose unique.

L'Etat doit rester vigilant pour qu'un tel scénario ne se reproduise pas. La licence d'office reste donc un outil disponible pour remédier à de telles situations. Le système des brevets repose sur le fait que ce sont les autorités publiques qui accordent les droits exclusifs sur leur territoire. Elles doivent avoir la capacité de lever ces exclusivité afin de permettre à des tiers d'utiliser certaines technologies, de lancer la production et/ou de fournir certains produits.

Amendement 17 : Revaloriser les tarifs de la PCH

Amendement également soutenu par :



APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la possibilité d'augmenter la prestation de compensation de handicap dans un contexte de forte inflation.

EXPOSÉ DES MOTIFS

La prestation de compensation du handicap (PCH) vise à prendre en charge les dépenses liées à la perte d'autonomie. Or, celle-ci n'a pas fait l'objet d'une revalorisation depuis sa création en 2006. Elle était déjà loin d'être suffisante pour couvrir les coûts des prestations à l'époque ; elle l'est encore moins dans le contexte inflationniste actuel.

Ces derniers mois, les prix des équipements et des interventions pour l'adaptation des logements et véhicules des personnes en situation de handicap n'ont cessé d'augmenter : sans augmentation de la PCH, un reste à charge trop important pèse sur les bénéficiaires.

Cet amendement d'appel vise à attirer l'attention sur la situation financière dégradée des personnes en situation de handicap qui, du fait de prestations insuffisantes et inadaptées, renoncent à s'équiper et adapter leur environnement à leur handicap, au détriment de leur autonomie.

Amendement 18 : garantir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, en revalorisant et reconnaissant l'ensemble des professionnels (engagements Ségur)

Amendement également soutenu par :



APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences de l'absence de revalorisation au titre du Ségur pour certains professionnels du social et du médico-social. Ce rapport dresse les évolutions du secteur du social et du médico-social de ces dernières décennies sur la base des nombreux travaux sociologiques existants et propose des diagnostics territoriaux partagés avec les associations représentatives des personnes handicapées, des familles, des proches aidants et des professionnels.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Pour nombre de personnes dont le handicap requiert un accompagnement pour l'accomplissement des gestes essentiels à leur vie quotidienne, la situation devient de plus en plus critique. Il s'agit de personnes dont le handicap nécessite parfois en continu l'intervention pluridisciplinaire de plusieurs professionnels formés à la nature de leur handicap. C'est aussi le cas des personnes vulnérables qui ont besoin d'un accompagnement et d'une protection juridique. Ce n'est pas anecdotique. Sans cet accompagnement qui leur correspond, ce qui signifie à la fois qui répond à leurs besoins mais aussi à leur mode et leur style de vie, on ne respecte pas leurs droits. Rappelons que les personnes en situation de handicap ont des droits et qu'il incombe à l'Etat de s'assurer de leur effectivité.

Le manque de reconnaissance des professionnels des métiers du soin et de l'accompagnement a donc un impact direct sur la vie des personnes en situation de handicap et leurs proches aidants.

Malgré les annonces de revalorisation des professionnels du social et du médico-social lors de la conférence des métiers du 18 février dernier, force est de constater que certains professionnels n'ont toujours pas été revalorisés. De plus, les annonces semblent ne pas

être complètement financées : certains départements n'ont pas délégué de crédits supplémentaires pour 2022.

Il est urgent d'engager concrètement un plan d'actions à la hauteur des enjeux. L'objet de l'amendement est donc d'attirer une fois de plus l'attention du gouvernement sur l'urgence de la situation.

Selon le Collectif Handicaps, il y a deux enjeux interdépendants :

- Le premier est de garantir un accompagnement de qualité, en nombre suffisant, avec un niveau d'exigence élevé, dans l'environnement souhaité par la personne concernée, son proche aidant ou son représentant légal que cet accompagnement s'exerce en établissement ou à domicile. Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'interrogent entre autres sur une conception et sur le sens de cet accompagnement, sur ce qu'il doit produire, sur les manières dont il doit être effectué et par qui il doit être effectué.

- Cela ne peut se faire sans professionnels, par conséquent rendre les métiers de l'accompagnement attractifs est donc un enjeu majeur. Les professionnels doivent être suffisamment nombreux et formés tout au long de leur parcours professionnel. Ils doivent bénéficier de conditions de travail adéquates et d'un salaire qui reflète leurs qualifications et leurs compétences acquises. Le sens donné à l'accompagnement doit être le moteur de leur engagement. L'accompagnement et sa conception sont aussi le fruit de la représentation et de la considération que porte la société à l'égard des personnes en situation de handicap. Une mise en perspective historique et sociologique est nécessaire pour comprendre l'horizon que nous cherchons à atteindre collectivement.

Amendement 19 : instaurer un observatoire national afin de mieux connaître les besoins des territoires pour adapter l'offre

Amendement également soutenu par :



APRÈS L'ARTICLE 33, insérer l'article suivant :

I. - Après l'article L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Il est institué un Observatoire du soutien à l'autonomie, placé auprès de la Caisse nationale de Soutien à l'Autonomie. Il est chargé d'identifier par territoires les besoins des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et de leurs proches aidants et de proposer un référentiel national commun pour harmoniser le recueil des données.

Il fait réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation quantitatives et qualitatives, qui alimentent notamment les diagnostics territoriaux, les politiques publiques locales et nationales et les référentiels de formation, ainsi que l'évaluation des besoins mentionnée au 2 de l'article L1434-2 du code de la santé publique. Les administrations de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics sont tenues de communiquer à l'observatoire les éléments qui lui sont nécessaires pour la poursuite de ses buts sous réserve de l'application des dispositions législatives imposant une obligation de secret.

Il contribue au développement de la connaissance et des systèmes d'information, en particulier lorsque les diagnostics relatifs aux besoins d'accompagnement des personnes sont inexistantes ou lacunaires, en liaison notamment avec les organismes régionaux, nationaux et internationaux

Il élabore chaque année, à destination du Premier Ministre et du Parlement, un rapport synthétisant les travaux d'études, de recherche et d'évaluation réalisés aux niveaux local et régional. Ce rapport est rendu public.

Un décret en Conseil d'Etat détermine la composition, les missions et les modalités de fonctionnement de l'observatoire. »

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

Selon les préconisations du Comité des droits des personnes handicapées de l'ONU rendues en septembre 2021, la France doit poursuivre la transformation des établissements vers une orientation plus prononcée vers les services.

Cela implique de mieux cartographier les besoins dans les territoires afin que ce soit l'offre qui s'adapte au public et non l'inverse. L'amendement propose l'instauration d'un observatoire pour endosser ce rôle. Afin d'affiner les politiques publiques et mieux répondre aux besoins et aux aspirations des personnes concernées, il est crucial de recueillir des données précises et chiffrées. A cette fin, il pourrait être envisagé de publier les données collectées dans les collectivités et de développer des outils de suivi des besoins et des aspirations des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

La transformation de l'offre médico-sociale implique également le développement d'une offre pour des publics sans solution et pour qui, parfois, la solution réside dans une offre regroupant un plateau technique et de professionnels avec un haut niveau d'expertise.

Pour ce faire, il faut développer une offre médico-sociale de qualité, respectant les droits fondamentaux, à la fois en établissement et par des services d'accompagnement (SAMSAH, SAVS, etc.) ou des services à domicile (SAAD, SPASAD, etc.). De plus, la situation des particuliers employeurs qui emploient directement leur aide à domicile (avec l'aide d'un service mandataire ou non) et qui rencontrent des difficultés similaires, doit être également prise en compte.

Amendement 20 : Lever la barrière d'âge pour bénéficier de la PCH

Amendement également soutenu par :



AVANT L'ARTICLE 34, insérer l'article suivant :

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. – 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.

Amendement 21bis : Créer une prestation universelle d'autonomie

Amendement également soutenu par :



AVANT L'ARTICLE 34, insérer l'article suivant :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant les contours de l'instauration d'une prestation universelle d'autonomie. Cette prestation concernerait toute personne, quel que soit son âge, son état de santé ou sa situation de handicap, qui a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Le rapport précise les conditions d'éligibilité, ainsi que le périmètre de cette nouvelle prestation et les besoins de financements y afférents.

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.

Aussi, cet amendement propose de réfléchir à la création d'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 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.

Amendement 22 : Indexation du montant des indemnités journalières pour arrêt maladie, accident de travail ou maladie professionnelle pour tenir compte de l'augmentation générale des salaires

Amendement également soutenu par :



Dispositif

Après l'article 43, insérer l'article suivant :

« I. Après le 1^{er} alinéa de l'article L323-4 du code de la sécurité sociale insérer l'alinéa suivant « En cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'ouverture du bénéfice de l'assurance maladie et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà d'une durée déterminée par décret, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision dans les mêmes conditions. ».

II. La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services. »

Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale a supprimé la possibilité de réactualisation des indemnités journalières de sécurité sociale pour tenir compte de l'inflation ou des augmentations générales des salaires. Il est proposé de revenir sur cette suppression en soumettant toute révision des IJSS à un acte réglementaire.

Il s'agit là d'une mesure de justice sociale dont le caractère à la fois essentiel et urgent est d'autant plus justifié par la période de hausse massive et généralisée des prix qui nuit au pouvoir d'achat de personnes déjà fragilisées par un état de santé les tenant à l'écart de l'emploi.