

VENDREDI 22 NOVEMBRE 2024

**Financement de la sécurité sociale
pour 2025 (*Suite*)**

SOMMAIRE

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE	1
FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025 (Suite).....	1
<i>Discussion des articles de la troisième partie</i>	1
Avant l'article 15	1
Article 15	1
Après l'article 15	4
Article 15 <i>bis</i>	5
Après l'article 15 <i>bis</i>	5
Article 15 <i>quater</i>	7
Article 15 <i>quinquies</i>	7
Mme Cathy Apourceau-Poly	7
Mme Annie Le Houerou	7
Mme Anne Souyris	7
M. Daniel Chasseing	7
M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales	8
Après l'article 15 <i>quinquies</i>	9
Article 16	9
Après l'article 16	11
<i>Mise au point au sujet d'un vote</i>	16
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	16
Après l'article 16 (<i>Suite</i>)	16
Article 16 <i>bis</i>	21
Mme Cathy Apourceau-Poly	21
Mme Annie Le Houerou	21
Article 16 <i>ter</i>	21
Après l'article 16 <i>ter</i>	22
Article 17	22
Après l'article 17	25
Article 17 <i>bis</i>	30
Article 17 <i>ter</i>	31
Mme Anne Souyris	31
Article 17 <i>quater</i>	31
Mme Anne Souyris	31
Mme Annie Le Houerou	31
Article 17 <i>quinquies</i>	32
Mme Anne Souyris	32

Après l'article 17 <i>quinquies</i>	32
Article 17 <i>sexies</i>	33
Mme Anne Souyris	33
Article 17 <i>septies</i>	33
M. Alain Milon	33
Mme Micheline Jacques	33
Article 17 <i>octies</i>	34
Mme Anne Souyris	34
Article 17 <i>nonies</i>	34
Mme Annie Le Houerou	34
Mme Anne Souyris	34
Article 18	35
Mme Émilienne Poumirol	35
Mme Annie Le Houerou	35
Après l'article 18	36
Article 19	38
<i>Mise au point au sujet de votes</i>	41
<i>Discussion des articles de la troisième partie (Suite)</i>	42
Article 19 (<i>Suite</i>)	42
Après l'article 19	42
Article 20	44
Après l'article 20	46
Article 21	47
Mme Anne Souyris	47
Après l'article 21	49
Article 22	54
Mme Cathy Apourceau-Poly	54
M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales	54
Après l'article 22	55
Article 23	55
<i>Ordre du jour du samedi 23 novembre 2024</i>	58

SÉANCE du vendredi 22 novembre 2024

23^e séance de la session ordinaire 2024-2025

PRÉSIDENTE DE M. LOÏC HERVÉ,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :

MME CATHERINE DI FOLCO, MME PATRICIA SCHILLINGER.

La séance est ouverte à 9 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Laurent Burgoa. – Lors du scrutin public n°56, Sylviane Noël souhaitait voter contre.

Acte en est donné.

Financement de la sécurité sociale pour 2025 (Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution.

Discussion des articles de la troisième partie

Avant l'article 15

M. le président. – [Amendement n°60 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Le premier protocole de pluriannualité en 2020 était un premier pas vers un dialogue entre l'État et les fédérations hospitalières, donnant de la visibilité aux acteurs. Afin de le rendre plus effectif, nous proposons qu'il y soit fait référence dans la construction des objectifs de dépenses par champ d'activité.

M. le président. – [Amendement identique n°270 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie. – Avis défavorable. L'État et les fédérations de santé peuvent signer ce protocole pluriannuel, non contraignant, mais ce n'est pas

obligatoire. Il a été signé juste avant la pandémie. Il faut encourager cet instrument, mais le rendre contraignant conduirait à trop de rigidité.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre de la santé et de l'accès aux soins. – Il est nécessaire de donner davantage de visibilité. La négociation d'un nouveau protocole a été engagée au printemps dernier et devrait aboutir rapidement. Mais ne soyons pas trop rigides. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Alain Milon. – Je préside l'antenne de la fédération hospitalière de France (FHF) pour la région Paca : nous voulons que ce protocole vive longtemps. Mais c'est demandé si gentiment... (*Sourires*)

L'amendement n°101 rectifié est retiré.

Mme Florence Lassarade. – J'avais déposé cet amendement en tant que présidente du groupe Cancer, mais je le retire également.

L'amendement n°270 rectifié bis est retiré.

Article 15

M. le président. – [Amendement n°101 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – L'article 15 autorise la Cnam et les ministres de tutelle à baisser unilatéralement les tarifs en matière de biologie et d'imagerie médicale. C'est une atteinte grave au dialogue social. Dans un contexte de pénurie et d'épuisement des professionnels, c'est pour le moins inopportun. Supprimons-le.

M. le président. – [Amendement identique n°580 rectifié](#) de Mme Carrère et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – Cet article remet en cause les principes fondamentaux de la négociation conventionnelle, ce qui fragilise des secteurs essentiels pour notre système de santé : des laboratoires et des cabinets d'imagerie pourraient fermer en zone rurale. Cette approche comptable est un mauvais calcul.

M. le président. – [Amendement identique n°883 rectifié bis](#) de Mme Bonfanti-Dossat et *alii*.

Mme Marie-Pierre Richer. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°967](#) de Mme Brulin et *alii*.

Mme Céline Brulin. – Cette vision tronquée du dialogue social ne favorise pas le respect mutuel et la confiance. Un [rapport](#) du Sénat pointe la progression des groupes d'imagerie financiarisés : études plutôt ce sujet.

M. le président. – [Amendement n°1123](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Limiter les dépenses de biologie et d'imagerie médicale, à court terme, c'est mission impossible, et le Gouvernement le sait. C'est pourquoi il veut autoriser la Cnam et les ministres de

tutelle à baisser unilatéralement les tarifs, faute d'accord avant le 30 juin 2025 – c'est acter la fin du dialogue, ni plus ni moins.

Encore une fois, le Gouvernement préfère abandonner des acquis sanitaires plutôt que de garantir une bonne transmission des données entre professionnels ou d'en finir avec la tarification à l'activité (T2A), qui entraîne une surprescription.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission juge souhaitable que les dispositions relatives aux accords entre professionnels soient maintenues. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis. Je suis très attachée au conventionnement, contrat de confiance entre les professionnels, l'assurance maladie et les patients.

M. Alain Milon. – Je remercie la rapporteure d'avoir supprimé certains éléments de l'article, mais l'assurance maladie prend parfois des décisions unilatérales qui profitent aux grands groupes qui financiarisent la santé.

Mme Florence Lassarade. – Les centres de dépistage contre le cancer s'inquiètent de la mesure concernant la deuxième lecture des mammographies par les radiologues. Si l'on ouvre la boîte de Pandore, la profession médicale risque de se braquer... Mais je m'en tiendrai à l'avis de la rapporteure.

À la demande de la commission des affaires sociales, les amendements identiques n^{os} 101 rectifié, 580 rectifié, 883 rectifié bis, 967 et 1123 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n^o 67 :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	335
Pour l'adoption.....	112
Contre.....	223

Les amendements identiques n^o 101 rectifié, n^{os} 580 rectifié, 883 rectifié bis, 967 et 1123 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n^o 1370 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Nous voulons étendre les accords de maîtrise de dépenses au secteur du transport de patients.

La dynamique de l'Ondam 2024 nous oblige à réguler les dépenses de transport, qui ont augmenté de 9 % entre 2022 et 2023. Il est donc pertinent d'inciter les partenaires à signer des conventions en vue de réaliser 300 millions d'économies sur trois ans.

Nous avons rectifié cet amendement à la demande la commission.

M. le président. – [Sous-amendement n^o 1381](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales à l'amendement n^o 1370.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous reportons du 30 avril au 30 juin 2025 la signature d'un accord de maîtrise des dépenses sur le secteur et du 30 juin au 31 juillet la date où le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pourra procéder unilatéralement à des baisses de tarifs ; laissons le temps suffisant aux professionnels.

Avis favorable à l'amendement du Gouvernement, sous réserve de l'adoption du sous-amendement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Retarder le calendrier concentrera l'effort sur un temps plus court. Je préférerais maintenir la date initiale. Avis défavorable.

Le sous-amendement n^o 1381 est adopté.

L'amendement n^o 1370, sous-amendé, est adopté.

M. le président. – [Amendement n^o 139](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous voulons inclure des objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé. Ce faisant, nous appliquons la recommandation n^o 4 de notre rapport sur la financiarisation de l'offre de soins.

M. le président. – [Amendement identique n^o 1180](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Il faut une convention, comme le recommandait le rapport de nos collègues.

M. le président. – [Amendement n^o 1247 rectifié](#) de Mme Schillinger et *alii*.

M. Frédéric Buval. – Les dépenses de biologie et d'imagerie sont très dynamiques. Mais la rédaction de l'article 15 ne tient pas compte des efforts des professionnels. Radiologues et biologistes ne sont pas à l'origine des prescriptions. Privilégions la relation conventionnelle, et une solution acceptée de tous.

M. le président. – [Amendement n^o 485 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Nous voulons supprimer la faculté accordée au directeur général de la Cnam de baisser unilatéralement des tarifs de biologie ou d'imagerie médicale. La sanction est disproportionnée. Restons-en à la négociation prévue à l'alinéa 8.

M. le président. – [Amendement n^o 141](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement supprime les dispositions autorisant le directeur général de l'Uncam et les ministres à baisser

unilatéralement les tarifs faute d'accord. De telles dérogations doivent demeurer exceptionnelles et être autorisées par le Parlement.

M. le président. – [Amendement identique n°588 rectifié](#) de Mme Guillotin et *alii*.

M. Michel Masset. – Les acteurs de la biologie médicale ont déjà largement participé aux efforts. Ne faisons pas reposer sur eux une baisse unilatérale des tarifs décidée par l'Uncam alors qu'ils ne sont pas maîtres de leur volume d'activité.

M. le président. – [Amendement n°486 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – La sanction prévue par cet article est disproportionnée, revenons à un accord pluriannuel sur les mesures correctrices.

M. le président. – [Amendement n°142](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous reportons du 30 avril au 30 juin 2025 la conclusion de l'accord de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie, et du 30 juin au 30 juillet la date de décision unilatérale du directeur général de l'Uncam.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable aux amendements n°s139 et 1180 : la répartition territoriale et l'indépendance des professionnels de santé sont des enjeux importants.

Une convention doit être signée et respectée. Sinon, il faudra être contraignant. Nous devons travailler sur la pertinence des actes et leur bon usage.

Je suis très attachée au travail conventionnel, pour sécuriser au maximum le respect de la trajectoire de l'Ondam. Avis défavorable aux amendements n°s485 rectifié, 141, 588 rectifié et 486 rectifié.

Même avis sur l'amendement n°142. Pour l'imagerie, il n'y a pas eu d'acte conventionnel depuis 2021. C'est pour cela que la Cnam souhaite réunir tous les partenaires. Je n'ai pas dit qu'il y avait des actes de radiologie inutiles, mais il faut trouver des solutions.

Même avis, enfin, sur l'amendement n°1247 rectifié : il faut laisser les partenaires négocier des mesures correctrices. Je ne souhaite pas des baisses de tarifs unilatérales, mais que faire, s'il n'y a pas d'accord ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je partage votre souhait de voir les accords aboutir. C'est pourquoi j'ai proposé de prolonger de deux mois les négociations conventuelles. Avis défavorable aux amendements n°s1247 rectifié, 485 rectifié et 486 rectifié.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous sommes tous d'accord : il faut réduire les dépenses, et les conventions sont une nécessité. Mais soyons cohérents : il faut, à un moment donné, de la

contrainte. Lors du covid, les laboratoires biologiques ont vu leur activité – pour ne pas dire leurs bénéfiques – exploser, et je pèse mes mots. *Idem* pour les radiologues, même s'ils ne sont pas prescripteurs : la dépense dérape. Voilà pourquoi la Cnam doit pouvoir fixer elle-même les tarifs.

Je remarque que vous êtes facilement d'accord pour faire payer les patients, mais que c'est plus compliqué dès qu'on touche au monde médical... Lui aussi doit faire des efforts !

Les amendements identiques n°s 139 et 1180 sont adoptés.

L'amendement n°1247 rectifié n'a plus d'objet

L'amendement n°485 rectifié est retiré.

Les amendements identiques n°s 141 et 588 rectifié sont adoptés.

L'amendement n°486 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n°142 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°140](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement associe les partenaires conventionnels au suivi de l'application de l'accord et étend ce suivi aux engagements pris par eux pour respecter les objectifs quantitatifs de maîtrise des dépenses.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable. C'est respecter les partenaires conventionnels que de les associer à toutes les étapes.

L'amendement n°140 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°63 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Il faut soutenir les mécanismes de régulation associant maîtrise des dépenses de santé et pertinence des soins. Afin de garantir une équité de traitement entre l'ensemble des acteurs de santé, ils doivent être associés dans le cadre d'une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise de dépenses. Puisse cet amendement recevoir un avis favorable, contrairement aux précédents... (*Sourires*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Votre vœu est exaucé. Avis favorable. (*M. Alain Milon apprécie.*)

Les fédérations hospitalières doivent pouvoir faire valoir leurs enjeux en matière financière et d'organisation des soins.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable également. (*M. Alain Milon apprécie doublement.*) Ce sont des partenaires importants. Je connais bien la situation pour avoir eu des responsabilités de cet ordre dans mon département.

L'amendement n°63 rectifié est adopté.

L'article 15, modifié, est adopté.

Après l'article 15

M. le président. – [Amendement n°1181](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement de Bernard Jomier applique une des recommandations du rapport sur la financiarisation de l'offre de soin : définir des objectifs quantitatifs et qualitatifs de répartition de l'offre de soins.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je ne me déjugerai pas (*sourires*) : une telle disposition, issue de notre rapport, est nécessaire. Avis favorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°1181 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1328](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Il s'agit de subordonner le conventionnement des prestations des audioprothésistes au respect des règles d'installation. La réforme du 100 % santé a permis un meilleur accès aux soins, mais a ouvert la voie aux fraudes : en 2023, l'assurance maladie en a évité pour un montant de 21,3 millions d'euros.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable : c'est du bon sens.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement va dans le bon sens pour lutter contre le dérapage des dépenses d'audioprothèses.

M. Olivier Henno. – Je voterai cet amendement. De tels conventionnements sont indispensables : depuis le Nord, nous pouvons observer la Belgique, où les mutuelles négocient avec les professionnels – il est nécessaire d'acquiescer cette culture.

Dans notre rapport, nous avons constaté des surmarges. La comparaison avec l'étranger permet de voir que la sécurité sociale est parfois un peu trop bonne fille...

M. Alain Milon. – Cet amendement vient à point. Il faudrait aussi surveiller les publicités, auxquelles les professionnels de santé n'ont pas droit.

M. Daniel Chasseing. – Je voterai cet amendement. Ces dépenses ont explosé à la suite du 100 % Santé. Il faut contrôler les diplômes et la façon dont les patients sont examinés.

L'amendement n°1328 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°226 rectifié sexies](#) de M. Louault et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – M. Louault souhaite mieux cerner l'utilisation des crédits alloués aux fonds

d'intervention régionaux (FIR) et les recentrer sur des missions plus essentielles. Les ARS sont actuellement libres d'adapter ces financements, mais ces derniers devraient être soumis au contrôle parlementaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Si nous partageons votre objectif d'information du Parlement, le moyen nous semble excessif. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis. La [loi 3DS](#) prévoit la transmission d'un rapport annuel sur les dispositifs financés par le FIR aux conseils d'administration des ARS, où siègent des parlementaires. Prévu pour le 15 octobre de chaque année, il a du retard, mais vous l'aurez début décembre.

L'amendement n°226 rectifié sexies est retiré.

M. le président. – [Amendement n°886 rectifié](#) de Mme Bonfanti-Dossat et *alii*.

Mme Marie-Pierre Richer. – La demande de soins à domicile ne cesse de croître, en particulier pour les patients vulnérables ; ils soulagent les établissements de santé et les urgences. Toute modification tarifaire doit faire l'objet d'une consultation préalable avec les représentants des professionnels de santé concernés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les tarifs des actes infirmiers sont un sujet important sur lequel, une fois n'est pas coutume, la commission propose de demander un rapport. Mais le code de la sécurité sociale prévoit déjà que les tarifs applicables aux professionnels soient définis par la négociation.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°886 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°887 rectifié](#) de Mme Bonfanti-Dossat et *alii*.

Mme Marie-Pierre Richer. – Les infirmiers libéraux jouent un rôle central dans le système de santé, notamment pour les soins à domicile. Leur engagement quotidien contribue à l'accès des soins et à leur qualité, notamment en milieu rural. Toute décision tarifaire doit faire l'objet d'une négociation avec les représentants des infirmiers libéraux.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable, car satisfait par le code de la sécurité sociale. Le Gouvernement doit cependant mettre rapidement en œuvre la réforme des soins infirmiers, que le Premier ministre nous a promise.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°887 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°238 rectifié](#) de M. Pla et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Nous souhaitons améliorer la prise en charge de la fibromyalgie – état

douloureux musculaire chronique et fatigue continue pouvant forcer à rester allongé – dont souffrent près de 2 millions de personnes en France, dont une majorité de femmes.

Les symptômes sont nombreux, mais les examens médicaux ne décèlent aucune anomalie. Les associations de patients soulignent une méconnaissance de certains généralistes qui peut entraîner un déni de leurs souffrances et une errance médicale. En 2016, l'Assemblée nationale proposait déjà de reconnaître la fibromyalgie comme affection de longue durée (ALD) pour en permettre une prise en charge à 100 %. Tel est l'objet de cet amendement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – S'agissant d'une demande de rapport, j'émettrai un avis défavorable, mais je ne minimise en rien l'importance de cette maladie.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable pour les mêmes raisons : la fibromyalgie est mal identifiée, je ne le minimise pas. Mais les patients qui en sont atteints peuvent faire l'objet d'une ALD 31 sur demande du médecin traitant approuvée par le médecin-conseil de la Cnam. Il faut le dire aux patients.

L'amendement n°238 rectifié n'est pas adopté.

Article 15 bis

M. le président. – [Amendement n°1379](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les centres de soins non programmés jouent un rôle central dans les déserts médicaux, pour garantir l'accès aux soins et désengorger les urgences. Cet amendement vise à reconnaître la participation des infirmiers libéraux dans ces structures, qui peuvent être des centres de santé, mais aussi des cabinets médicaux, des maisons de santé et des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa).

M. le président. – [Amendement n°143](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous définissons une activité de soins non programmés à partir du rapport entre le nombre d'assurés ayant déclaré l'un des médecins de la structure en médecin traitant et le nombre d'assurés pris en charge par ces médecins. Le Gouvernement pourra préciser ce ratio par décret.

M. le président. – [Amendement n°144](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Pour renforcer l'encadrement des structures de soins non programmés, cet amendement prévoit que le cahier des charges national fixe des règles relatives aux

délais de prise en charge et que les centres de santé respectent ce cahier des charges.

M. le président. – [Amendement n°145](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Un décret devra préciser les conditions dans lesquelles les professionnels exerçant dans ces structures sont tenus de participer aux services d'accès aux soins (SAS) et à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable aux quatre amendements, qui fournissent un cadre d'objectifs aux structures de soins non programmés.

Nous avons besoin de ces structures, qui désengorgent les urgences, mais certains déploiements ne sont pas toujours justifiés par rapport aux besoins des territoires. D'où la nécessité d'un cadre clair, mais non rigide.

Les amendements n°s 1379, 143 rectifié, 144 et 145 sont adoptés.

L'article 15 bis, modifié, est adopté.

Après l'article 15 bis

M. le président. – [Amendement n°729 rectifié](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Nous approuvons les mesures prises pour freiner les dérives de certains centres de santé. Cet amendement vise à appliquer les dispositions de la [loi Khattabi](#) du 19 mai 2023 visant les centres dentaires et ophtalmologiques, qui ont déjà prouvé leur efficacité, aux centres de soins non programmés.

Le défaut d'identification physique des praticiens ouvre la voie à des dérives dans les facturations d'acte, il convient d'y remédier.

M. le président. – [Amendement n°756 rectifié](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement et le suivant s'inspirent du [rapport d'information](#) sénatorial sur la financiarisation de l'offre de soins.

Les centres de santé jouent un rôle crucial dans l'offre de soins de proximité, notamment pour les plus vulnérables. La [loi HPST](#) den2009 avait supprimé l'autorisation préalable, mais cet assouplissement a pu entraîner des abus, notamment de la part du secteur privé lucratif et des atteintes aux droits des patients – je pense à Dentexia ou Proxidentaire.

Ces fraudes étant parfois devenues systémiques, nous souhaitons renforcer le contrôle sur ces structures. Cet amendement inverse la charge de preuve : aux gestionnaires de centres de santé de démontrer qu'ils agissent conformément aux règles en vigueur. L'agrément sera donc conditionné à la

communication des contrats. Un bail dont le montant excéderait les prix du marché, par exemple, justifierait un refus d'agrément.

M. le président. – [Amendement n°757 rectifié](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Celui-ci étend le régime d'agrément préalable à l'ensemble des centres de santé, quelle que soit leur activité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je comprends l'objectif de M. Jomier. Notre rapport sur la financiarisation de l'offre de soins souligne que certaines structures de soins non programmés peuvent encourager une approche consumériste, développer des pratiques de facturation peu déontologiques et même déstabiliser l'organisation de l'offre locale, faute de coordination avec les autres acteurs. Mais l'article 15 *bis* prévoit déjà un cahier des charges national qui s'imposera à elles.

Les statuts sont divers : on trouve des centres de santé, mais aussi beaucoup de cabinets médicaux, éventuellement constitués en maisons de santé pluriprofessionnelles. Difficile d'imposer un agrément préalable à ces derniers – d'où l'avis défavorable à l'amendement n° 729 rectifié.

Tous les centres de soins primaires sont touchés par la financiarisation, de même que l'imagerie médicale ou la biologie. La Cnam y consacre depuis l'an dernier plusieurs pages de son rapport annuel sur les charges et produits. Nous avons recommandé un agrément préalable par le directeur de l'ARS et appelé à sécuriser le processus de facturation. Mais ce n'est pas le sens de l'amendement n°756 rectifié. Avis défavorable, car il n'est pas opportun de subordonner une demande d'agrément à des droits perçus par la Cnam.

L'amendement n°757 rectifié reprend une des recommandations du rapport sur la financiarisation, mais en exonère certains centres, au motif que les structures porteuses seraient à but non lucratif. Or ce n'est pas un garde-fou suffisant. Les montages juridiques complexes, avec des structures écran entre les centres de soins et les sociétés qui les exploitent, doivent nous inciter à la prudence. C'est pourquoi nous avons prévu un régime d'agrément unique. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – L'article 15 *bis* fixe un cadre pour ces structures. Mettons-le en œuvre, puis évaluons-le.

J'ai vu sur le terrain des cadres associatifs porter des centres de soins non programmés originaux, par exemple des associations de médecins retraités. Ne rigidifions pas les choses. Demande de retrait de l'amendement n°729 rectifié.

La loi Khattabi du 19 mars 2023 est encore récente, laissons-la se mettre en œuvre et prenons le temps de les évaluer. Elle a déjà enrayeré les fraudes – qui sont un dévoiement d'argent public.

M. Bernard Jomier. – Bien sûr !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Évaluons le fonctionnement des dispositions en vigueur, avant de faire évoluer à nouveau le cadre si cela s'avère nécessaire.

Avis défavorable à l'amendement n°756 rectifié.

Avis défavorable également à l'amendement n°757 rectifié, pour les mêmes raisons que la rapporteure.

Mme Émilienne Poumirol. – La prudence est effectivement de mise. Ces centres de soins non programmés qui fleurissent sur le territoire participent de la financiarisation et de la dérive consumériste. La directrice des urgences du CHU de Toulouse m'a indiqué qu'ils vidaient en outre l'hôpital de ses urgentistes, alors que l'essentiel des urgences reste pris en charge par l'hôpital. Mais les conditions financières et l'absence de gardes la nuit et le week-end sont des facteurs attractifs, et peuvent fragiliser les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et l'organisation locale des soins. Il faut un meilleur encadrement.

M. Daniel Chasseing. – Je suis d'accord avec la définition des soins non programmés présentée par la rapporteure. Ils peuvent inclure des situations aiguës, qui seront ensuite prises en charge par le Smur ou le Samu. Lorsqu'une personne appelle le Samu, le médecin régulateur transmet au service d'accès aux soins qui cherche une maison de santé ou un service de soins non programmés pour la prendre en charge.

Le rôle des infirmiers et des infirmiers en pratique avancée (IPA) est également essentiel dans les soins non programmés.

M. Bernard Jomier. – N'ayons pas de débat théologique ! Je salue l'article 15 *bis*, complété par la rapporteure.

Certes, il y aura un cahier des charges – mais la loi Khattabi a eu un impact direct. Si l'on fixe les critères par voie réglementaire, on risque de se retrouver avec une usine à gaz ! Je connais l'ingéniosité de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)... L'agrément a le mérite d'être clair et lisible. Il s'agit d'une des 17 propositions du rapport sur la financiarisation – phénomène qui coûte très cher à notre système de soins et désespère les soignants.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 15 *bis* est une première étape. Il faut poser un cadre, qui servira de base de travail.

Certains services d'urgence sont effectivement vidés de leurs médecins qui intègrent des centres de soins non programmés. Nous souhaitons qu'ils participent au SAS et à la PDSA pour contrecarrer cette hémorragie.

Mme Émilienne Poumirol. – Tout à fait. Il faut le faire.

L'amendement n°729 rectifié est retiré.

L'amendement n°756 rectifié n'est pas adopté non plus que l'amendement n°757 rectifié.

L'article 15 ter est adopté.

Article 15 quater

M. le président. – [Amendement n°896 rectifié bis](#) de Mme Paoli-Gagin et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – La LFSS 2023 a introduit une seconde version du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) : le RIHN 2.0. Cet article prévoit un rapport pour évaluer l'impact d'un financement insuffisant de ces actes innovants. Il doit aussi mesurer les conséquences de l'application d'un abattement annuel de 20 % de tous les actes innovants inscrits au RIHN non encore positivement évalués par la Haute Autorité de santé (HAS), de nature à aggraver l'inégalité d'accès aux actes innovants.

M. le président. – [Amendement identique n°1346](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je vous remercie d'avoir rendu votre amendement identique au mien. Le RIHN est un registre intéressant, mais risque de devenir un goulet d'étranglement, d'où le rapport que nous proposons.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

Ces traitements innovants font l'objet de longues évaluations. J'espère que les résultats du rapport ne seront pas décevants.

Les amendements identiques n°896 rectifié bis et 1346 sont adoptés.

L'article 15 quater, modifié, est adopté.

Article 15 quinquies

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article, introduit par amendement à l'Assemblée nationale, prévoit un rapport sur la prise en compte de l'inflation dans l'augmentation des tarifs des actes infirmiers. Je sais que la commission n'est pas favorable aux demandes de rapport, mais il paraît nécessaire. La lettre clé n'a pas été revalorisée depuis quinze ans, les actes en libéral ne l'ont été que faiblement.

L'intensité des missions des infirmiers libéraux, fortement sollicités pendant la crise du covid, n'est jamais reconnue. C'est une des professions oubliées de la crise sanitaire. L'inflation a alourdi leurs charges : l'essence a augmenté de 34 %, le coût du logiciel infirmier de 14 %, la prévoyance de 60 %, l'électricité de 25 %. Pendant ce temps, l'injection reste à 4,50 euros bruts sans déplacement et 7,25 euros bruts avec déplacement. Sans parler du temps consacré aux tâches administratives, sachant que tous les actes doivent être justifiés sur la base d'ordonnances pas

toujours claires ni exactes. J'ai d'ailleurs déposé trois questions écrites sur le sujet.

Nous voterons cet article.

Mme Annie Le Houerou. – Les augmentations de tarif pour les infirmières libérales sont négociées entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs. Ces négociations ne sont ni automatiques ni aussi fréquentes qu'on pourrait le souhaiter.

Le Gouvernement hésite à ouvrir des discussions sur les tarifs infirmiers avant la refonte du métier qui définira leurs nouvelles missions. Les infirmières libérales sont très sollicitées du fait des délégations de compétences des médecins. Elles sont aussi en première ligne auprès des personnes âgées, comme pendant la crise covid.

Or la réforme des métiers infirmiers se fait attendre. La dissolution de l'Assemblée nationale a mis un coup d'arrêt aux discussions, qui n'ont pas repris.

Évaluons la pertinence d'une indexation des tarifs infirmiers sur l'inflation. Les tarifs n'ont pas évolué depuis 2009 !

En mai 2023, François Braun avait demandé une négociation « flash », qui a permis une augmentation de l'indemnité kilométrique pour les infirmiers, sans rapport préalable – preuve que l'inflation peut être prise en compte immédiatement pour revaloriser des tarifs.

Alors que la densité d'infirmiers rapportée aux besoins n'a progressé que de 1,5 % pour les infirmiers libéraux et a baissé de 0,8 % pour les infirmiers hospitaliers depuis 2013, il faut les revaloriser.

Mme Anne Souyris. – Je remercie le Gouvernement d'avoir conservé cette demande de rapport, issue d'un amendement écologiste à l'Assemblée nationale, et la commission de l'approuver, en dépit de la tradition du Sénat en la matière.

Les tarifs des gestes clés des infirmiers libéraux sont gelés depuis quinze ans. Un pansement est à 6,30 euros bruts, une prise de sang à 8 euros bruts, soit 3 euros net avant impôt. Les infirmières ont un salaire de misère, 1 300 euros, pour une charge de travail phénoménale.

Elles sont pourtant un maillon essentiel du soin et du lien, et doivent être considérées à leur juste valeur, financièrement et humainement – notamment dans le contrôle des actes par la CPAM.

Vous engagez-vous à poursuivre les discussions entamées par vos prédécesseurs, madame la ministre ?

M. Daniel Chasseing. – Les infirmières sont essentielles pour le maintien à domicile et la vie dans nos territoires. Il faut absolument les revaloriser, sinon il n'y aura plus d'installation, voire des démissions.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales*. – Je soutiens l’initiative de la rapporteure sur le délai de remise du rapport. Nous devons être particulièrement actifs sur le sujet. Le rapport doit être rendu dans des délais très courts, et suivi d’une loi. Nous faisons confiance à la ministre, mais souhaitons être associés à l’initiative. Si les choses traînent, notre commission fera des propositions.

M. le président. – [Amendement n°852 rectifié quater](#) de M. Chaillou et *alii*.

Mme Marion Canalès. – La non-revalorisation de la lettre clé depuis quinze ans et la faible revalorisation des actes infirmiers, qui ne sont plus rentables, nuisent à l’attractivité du métier. L’inflation a été un catalyseur.

Cet amendement sera satisfait par l’amendement de la commission.

Mme Corinne Imbert, *rapporteure*. – Merci pour ces interventions, qui manifestent la reconnaissance de la Chambre haute vis-à-vis des infirmiers – les derniers se rendre encore chez les patients. Elle devra se traduire dans la tarification.

Demande de retrait de l’amendement n°852 rectifié quater au profit de celui de la commission, qui avance le délai de remise du rapport.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. – Ce métier évolue énormément, de même que les besoins. Le statut d’IPA ouvre de nouvelles perspectives, tout comme l’intégration dans des MSP, avec un exercice en équipe. Cependant, les conventions sont anciennes, les actes clés n’ont pas été revalorisés depuis longtemps.

Dans certains territoires, il ne reste plus que des infirmiers pour faire le lien avec les patients âgés à domicile.

Je souhaite que la loi Infirmiers, en projet, soit débattue le plus rapidement possible au Parlement.

Le Premier ministre s’est engagé à modifier rapidement leur statut. Déjà, les infirmiers peuvent réaliser des consultations dans Mon Bilan Prévention, avec des cotations particulières. Nous avons besoin d’eux pour déployer la politique de prévention.

Ce n’est qu’une fois le nouveau cadre défini dans la loi que nous pourrons faire évoluer le champ conventionnel et adapter les rémunérations aux nouvelles missions. Les forfaits kilométriques, les forfaits patients dépendants sont de petits progrès ; des « bougés » plus importants viendront après le vote de la loi, qui est très attendue.

Le décret sur les IPA est actuellement devant le Conseil d’État, et sortira d’ici la fin de l’année.

Avis défavorable aux amendements. J’ai conscience qu’il faut faire évoluer le métier, les missions et les rémunérations des infirmiers, mais dans le bon ordre.

Mme Émilienne Poumirol. – J’insiste sur le rôle majeur des infirmiers. Donnons un signal fort à cette profession, dernier maillon de proximité – la seule à se déplacer encore chez les patients. Il est nécessaire d’avoir rapidement une loi-cadre pour répondre aux évolutions de la profession. Il faut aussi travailler sur l’aide à la formation des IPA – 14 000 euros sur deux ans ne remplacent pas un salaire.

M. Alain Milon. – L’ensemble des professions médicales sont en souffrance. Notre pays est l’un de ceux qui consacrent le plus d’argent aux soins, mais les patients, les médecins, kinésithérapeutes, infirmiers et chirurgiens-dentistes, les pharmaciens souffrent également.

Je souhaite une loi-cadre non pour une seule profession, mais pour l’ensemble d’entre elles. Commençons par redéfinir les dépenses avant d’aller dans le détail d’une loi-cadre centrée sur une profession. Elles souffrent toutes !

Mme Émilienne Poumirol. – C’est vrai.

M. Olivier Henno. – Je partage les propos d’Alain Milon.

Les pratiques évoluent très rapidement, tandis que notre cadre juridique est à la traîne. Le métier d’infirmier n’a plus rien à voir avec ce qu’il était il y a dix ans. Il faut un cadre plus souple, comme au Royaume-Uni, pour nous adapter aux évolutions rapides du terrain.

M. Simon Uzenat. – Je souscris aux propos d’Alain Milon, mais il y a une urgence d’accès aux soins pour les Français qui n’ont pas de médecin traitant. Dans ce cas, les IPA sont une solution, à l’efficacité reconnue.

Plusieurs décrets d’application de la loi du 19 mai 2023 sont toujours attendus. Nous confirmez-vous leur publication prochaine, madame la ministre ? Il faut agir vite.

M. Laurent Somon. – N’oublions pas la prévention. Auparavant, des visites annuelles d’infirmiers étaient réalisées dans les écoles. Il faut renforcer la prévention – je pense notamment à la prévention bucco-dentaire. Les soins primaires ne sont plus réalisés, faute de rentabilité.

L’amendement n°852 rectifié quater est retiré.

M. le président. – [Amendement n°146](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, *rapporteure*. – Défendu.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. – Avis favorable. Monsieur Uzenat, le décret sur l’accès direct est devant le Conseil d’État ; pour la prescription, ce sera un arrêté.

L’amendement n°146 est adopté.

L’article 15 quinquies, modifié, est adopté.

Après l'article 15 quinquies

M. le président. – [Amendement n°523 rectifié ter](#) de Mme Guillotin et *alii*.

M. Henri Cabanel. – Dans le cadre de son [rapport d'information](#) de Mme Guillotin sur la périnatalité, nous demandons un rapport visant à mieux reconnaître le rôle des infirmières puéricultrices en PMI.

Les PMI sont dans une situation difficile, alors que les mille premiers jours sont une période cruciale. Il faudrait une nomenclature adaptée et une prise en charge des actes PMI par l'assurance maladie.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable.

Le rôle des infirmières puéricultrices, rappelé par le [rapport Guillotin](#), sera abordé dans le cadre de la loi Infirmiers.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°523 rectifié ter est retiré.

Article 16

Mme Émilienne Poumirol. – L'article 16 vise à lutter contre le mésusage des produits de santé et les actes inutiles.

Vous conditionnez le remboursement de certains actes, notamment de biologie ou d'imagerie, à la conformité aux recommandations de la HAS, mais vous faites peser sur le patient la responsabilité de justifier la prescription : c'est anormal. C'est le prescripteur qui doit être mis devant ses responsabilités – même si remplir ce formulaire alourdirait la charge administrative des médecins...

Il faudrait une aide à la prescription – M. Thomas Fatome a suggéré un logiciel accessible en deux clics – avant de pénaliser les médecins qui ne respecteraient pas les instructions de la HAS.

M. le président. – [Amendement n°399 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Amendement de suppression de l'article.

Alors que de nombreux formulaires de demandes d'accord préalable ont été supprimés, conditionner la prise en charge d'un acte ou d'une prestation au renseignement par le prescripteur serait un retour en arrière, estiment nos confrères. Cette nouvelle charge administrative est en totale contradiction avec la volonté affichée de libérer du temps médical.

M. le président. – [Amendement identique n°1013](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Nous sommes pour la lutte contre la surconsommation, le mésusage et les actes inutiles, mais pourquoi sanctionner les patients en cas de surprescription ? Cela s'ajoute aux mesures de déremboursement...

Les professionnels sont également opposés à cet article qui les infantilise, sous couvert de responsabilisation. Cela ne témoigne pas d'une relation de confiance.

La paperasserie embolise ces professions – comme d'autres, d'ailleurs – et mobilise du temps médical.

M. le président. – [Amendement identique n°1109](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet article contrevient à l'égalité d'accès aux soins, au secret médical, et alourdit le travail administratif des médecins. Certains actes médicaux ne seraient plus remboursés, entraînant un risque de renoncement aux soins chez les plus précaires.

C'est au demeurant un doublon administratif : les Cerfa justifient déjà la prescription pour certains soins. Ce bureaucratisme est néfaste.

Enfin, cette procédure ne peut garantir le secret médical. La prescription est une science médicale, non comptable. Supprimons cet article qui, à l'image de la surenchère de mesures paternalistes, nuit à la qualité des soins au nom des restrictions budgétaires.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Cet article étend les dispositions de la LFSS 2024 sur les produits de santé. Dans le contexte budgétaire actuel, personne ne peut s'opposer à ce que l'on vérifie la pertinence des prescriptions et des soins.

Le décret de la LFSS 2024 sur les produits de santé, très large, a ému les professionnels.

Bien sûr, il ne faut pas alourdir le travail des prescripteurs – ni celui des effecteurs, qui risquent d'être en difficulté face aux patients. C'est bien le médecin qui doit expliquer au patient l'éventuel non-remboursement de l'acte.

Nous proposerons des amendements adaptant la procédure, pour la rendre moins chronophage ; cela rassurera les professionnels de santé.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable. Le mésusage des médicaments m'inquiète : à chaque pathologie son médicament. Il faut informer le patient, mais c'est aussi à nous de développer un outil simple pour les médecins.

Veillons à la pertinence des actes. Ainsi de la prescription de vitamine D qui monte en flèche – on manque sans doute de soleil dans notre pays... (*Sourires*) Il y a six recommandations d'usage, il faut les respecter. Sinon, cela ne sert à rien. (*Mme Émilienne Poumirol le confirme.*) L'assurance maladie ne doit pas rembourser des prescriptions inadaptées.

Il ne s'agit pas de contrôler les médecins, mais le bon usage de produits. Quelques prescriptions seulement sont concernées.

Faisons confiance au directeur général de la Cnam, qui proposera des outils numériques simples à utiliser.

Mme Annie Le Houerou. – Nous voterons les amendements de suppression : ce n'est pas au patient de prendre en charge une prescription non pertinente.

Veillons à ne pas alourdir la charge administrative du médecin au détriment de son exercice médical. Ce n'est pas à l'assurance maladie de payer, peut-être, mais pas non plus aux patients ! (*Mme Émilienne Poumirol applaudit.*)

M. Olivier Henno. – Ce n'est jamais le bon moment pour réguler, pour responsabiliser... Pourtant, la maîtrise des dépenses, c'est le cœur nucléaire de ce PLFSS. L'autorégulation ? Elle ne fonctionne pas, ou mal ! Un encadrement s'impose. Je ne voterai pas ces amendements.

Mme Nathalie Goulet. – Jadis - je vous parle d'un temps que les moins de vingt ans ne peuvent pas connaître - j'ai été vice-présidente de la [mission commune d'information](#) sur le Mediator, présidée par François Autain : les problèmes que nous avons avec l'Ozempic, nous les avons avec le Vioxx.

Attention aux influenceurs qui renforcent le mésusage des médicaments pour des raisons d'image.

Je souscris à la position de la commission.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il n'est pas acceptable de rendre l'usager responsable du mésusage. Où est le secret médical ? Le médecin céderait à la pression de l'usager, soumis à une déviance consumériste ? (*Murmures sur les travées du groupe UC*) Non, le médecin n'est pas impuissant lorsqu'un patient souhaite se voir prescrire un médicament contre le diabète pour maigrir.

Mme Céline Brulin. – La régulation pour réduire les dépenses de santé, dites-vous, monsieur Henno ? C'est le genre d'argument qui a conduit à réduire le *numerus clausus* : moins de médecins, donc moins de dépenses. On voit le résultat aujourd'hui...

Certes, des influenceurs de tout poil font pression pour inciter au mésusage. Mais le contrôle pur et dur ne réglerait pas le problème à lui seul ! Il y a d'autres moyens.

Ce PLFSS prévoit des déremboursements de prestations et de médicaments. Les salariés devront travailler sept heures gratuitement par solidarité avec nos anciens. Et on demanderait aux usagers de payer plein pot un médicament pour mésusage ? Soyons sérieux ! Ce n'est pas le seul problème que nous devons régler.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le décret appelant à la pertinence sur la prescription des produits de santé, sans liste limitative, a ému les professionnels.

Les médicaments ne sont pas des bonbons en chocolat colorés. L'encadrement des prescriptions

existe déjà : ainsi des ordonnances sécurisées pour la prescription de médicaments stupéfiants. Les prescripteurs ne s'en sont pas émus. Certains médicaments ne peuvent être prescrits que par des spécialistes.

Le médecin généraliste peut déjà porter la mention NR, non remboursé, sur son ordonnance, s'il considère que le médicament peut être prescrit mais ne répond pas aux ITR, et le patient en est informé.

Nous vous proposerons d'encadrer les choses. (*Mme Raymond Poncet Monge en doute.*)

M. Bernard Jomier. – La pertinence des prescriptions est essentielle pour mieux utiliser l'argent public. Mais pourquoi avoir introduit cet article dans le PLFSS ? Lors de la dernière négociation conventionnelle, les médecins et la Cnam sont tombés d'accord pour instaurer un dispositif similaire. Nul besoin d'aller plus loin !

Une solution en deux clics, évoquée par Émilienne Poumirol, ne posera pas de difficulté. Créer un formulaire supplémentaire, si !

Il ne faut pas non plus pénaliser les patients. Les partenaires peuvent trouver des solutions sans qu'il faille les inscrire dans la loi. Laissons la vie conventionnelle suivre son cours, et n'intervenons que si cela s'avère nécessaire.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – J'ai entendu que l'on rendrait les patients responsables : non, bien sûr, mais il faut les informer.

Mme Émilienne Poumirol. – Mais pas les pénaliser !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Il faut quand même les informer.

Le bon usage de certaines prescriptions doit être défini dans la loi pour les cas particuliers que nous évoquons. Les mésusages induisent des frais d'assurance maladie injustifiés.

M. Daniel Chasseing. – Mme Goulet a parlé du Mediator : la responsabilité des problèmes liés à ce médicament – les cardiopathies, entre autres – incombe à la HAS ! Les médecins en ont été informés en 2008, or il n'a pas été retiré avant 2009.

En outre, les pharmaciens exercent un contrôle pour éviter toute iatrogénie médicamenteuse.

Le dispositif prévu par l'article alourdira la charge de travail du médecin. Je voterai l'amendement n°399 rectifié de M. Milon.

À la demande de la commission des affaires sociales et du groupe Les Républicains, les amendements identiques n°s 399 rectifié, 1013 et 1109 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°68 :

Nombre de votants340

Nombre de suffrages exprimés 329

Pour l'adoption 122

Contre 207

Les amendements identiques n^{os}399 rectifié, 1013 et 1109 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°147 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous précisons le périmètre de la nouvelle procédure d'accompagnement pour la pertinence des prescriptions en la ciblant sur les produits, actes ou transports coûteux et ceux qui présentent un risque identifié de mésusage.

M. le président. – [Amendement identique n°1376](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Notre amendement identique permet d'assurer la recevabilité de la mesure.

Les amendements identiques n^{os}147 rectifié et 1376 sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°148](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il s'agit de vérifier si le prescripteur a consulté le dossier médical partagé (DMP) du patient avant sa prescription. Cette consultation systématique figure dans la convention médicale conclue le 4 juin 2024.

M. le président. – [Amendement n°149](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous supprimons les références aux recommandations de la HAS : même si celles-ci contribuent à diffuser les données de la science aux professionnels de santé, elles ne présentent pas de caractère contraignant.

M. le président. – [Amendement n°150](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'assurance maladie doit mettre à disposition du prescripteur un téléservice lui permettant de vérifier si sa prescription fait bien partie des ITR – j'espère que ce ne sera pas un vœu pieux.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse sur l'amendement n°148, même si rédaction devra être améliorée au cours de la navette. Il Je suis très attachée au DMP, pour éviter les actes redondants

Demande de retrait sur l'amendement n°149. Il serait dommage de se priver des recommandations de la HAS en matière de remboursements.

Avis très favorable à l'amendement n°150 : l'assurance maladie travaille actuellement au développement du téléservice.

M. Bernard Jomier. – Je doute du caractère opérationnel de l'amendement n°148. Trouver des informations dans le DMP n'est pas simple. Par ailleurs, cette obligation s'appliquera-t-elle à tous les soignants ? Un médecin urgentiste devra-t-il vérifier le DMP avant de soigner ? Cela ne me semble pas opérationnel.

Je ne voterai pas cet amendement en l'état, à moins qu'on l'adopte pour ensuite le modifier en CMP, selon la jurisprudence Mouiller... (*Sourires*)

M. Alain Milon. – Je voterai l'amendement n°150, mais suis plus sceptique sur les deux autres. Si nous n'avons pas consulté le DMP avant de soigner une personne qui fait un malaise, sommes-nous fautifs ? Je ne voterai pas les amendements n^{os}148 et 149 – pardonnez-moi, madame la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Aussi pertinentes soient-elles, les recommandations de la HAS n'ont pas d'aspect contraignant.

Je veux rassurer M. Jomier : l'un de mes amendements fait de la consultation du DMP l'un des critères des dotations d'incitation financière à la qualité (Ifaq) versées aux hôpitaux publics et aux cliniques privées. C'est un premier pas. (*M. Bernard Jomier en convient.*)

L'amendement n°148 est adopté, de même que les amendements n^{os}149 et 150.

M. le président. – [Amendement n°1250 rectifié](#) de Mme Aeschlimann et *alii*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Nous atténuons la rigueur du dispositif d'encadrement de la pertinence des soins, en prévoyant la consultation des professionnels de santé et des représentants des usagers dans l'élaboration de la liste des actes et prescription concernés.

L'accompagnement à la prescription est un irritant. Associer les parties prenantes faciliterait son acceptation et renforcerait la démocratie médicale.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°1250 rectifié est adopté.

L'article 16, modifié, est adopté.

Après l'article 16

M. le président. – [Amendement n°14 rectifié bis](#) de Mme Goulet et *alii*.

Mme Nathalie Goulet. – J'ai un petit TOC sur les contrôles effectués par les services...

La péremption d'un titre de séjour n'entraîne pas automatiquement l'extinction de l'accès aux soins, faute de lien entre les organismes de sécurité sociale et les services chargés du contrôle des étrangers. Les personnes en situation irrégulière ne doivent pas avoir accès au régime général. L'aide médicale de l'État (AME) existe pour cela – je n'ai d'ailleurs jamais souhaité sa suppression.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je partage vos préoccupations, mais votre amendement est satisfait. Les contrôles ne sont peut-être pas aussi fréquents qu'ils devraient l'être, mais ils sont déjà prévus dans la loi. Retrait.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°14 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°154](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il convient d'améliorer la coordination entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de lutte contre la fraude.

En cas de dépôt de plainte pour fraude, l'assurance maladie communiquerait le nom et les coordonnées des organismes complémentaires affectés par cette fraude au procureur de la République.

L'amendement révisé aussi le cadre d'échanges de données applicable en matière de suspicion de fraude, trop rigide.

Mme Nathalie Goulet. – Excellent !

M. le président. – [Amendement identique n°349 rectifié](#) de M. Iacovelli et *alii*.

M. Xavier Iacovelli. – Cet amendement s'appuie sur les travaux de la [mission d'information](#) sur les complémentaires et les mutuelles dont j'étais rapporteur et Mme Carrère-Gée, présidente.

Les comportements frauduleux évoluent - faux documents, facturations d'actes fictifs, usurpation d'identité, « bons plans » diffusés sur les réseaux sociaux. Nous gagnerions en efficacité et en rapidité dans la lutte contre la fraude en favorisant la coopération entre AMO et AMC.

Mme Nathalie Goulet. – Bravo !

M. le président. – [Amendement identique n°1337](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Notre amendement identique permet d'assurer la recevabilité de la mesure.

Le sous-amendement n°1335 n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°22 rectifié bis](#) de Mme Goulet et *alii*.

Mme Nathalie Goulet. – J'avais proposé ces dispositions l'année dernière, comme la précédente et celle d'avant, et on m'avait opposé le secret médical ! Je voterai ces amendements des deux mains.

Prévenir les organismes complémentaires doit être obligatoire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je remercie la ministre d'avoir levé le gage.

Madame Goulet, je vous demande de retirer votre amendement. Les précédents satisfont votre ambition, et ils élargissent en outre les possibilités d'échanges de données.

Mme Nathalie Goulet. – Les amendements précédents couvrent effectivement ma demande. On a toujours tort d'avoir raison trop tôt, mais je me réjouis !

L'amendement n°22 rectifié bis est retiré.

Les amendements identiques nos 154, 349 rectifié et l'amendement n°1337 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°16 rectifié](#) de Mme Goulet.

Mme Nathalie Goulet. – Au risque de vous lasser, cet amendement vise à prévenir les fraudes, en contraignant une personne étrangère à fournir une preuve de la réalité de sa résidence.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Certaines prestations sociales ne sont pas conditionnées à la preuve d'un séjour régulier, notamment l'AME, l'hébergement d'urgence ou l'allocation demandeur d'asile.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Mme Nathalie Goulet. – Nous parlons de l'article L. 161-1-4, qui ne porte pas du tout sur l'AME.

L'amendement n°16 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°153 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement améliore la sécurisation de la carte Vitale, qu'elle soit sous forme matérielle ou immatérielle : il prévoit la présentation obligatoire d'une carte d'identité. Il vise à encourager également le déploiement de l'application mobile sécurisée « carte Vitale », expérimentée dans 23 départements, et prévoit son extension à l'ensemble du territoire au 1^{er} juillet 2025.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse. Il faut sécuriser les cartes Vitale au maximum. Toutefois, je souligne une difficulté technique potentielle : la date du 1^{er} juillet 2025 paraît trop avancée pour nos services.

L'amendement n°153 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°348 rectifié](#) de M. Iacovelli et *alii*.

M. Xavier Iacovelli. – Cet amendement vise à renforcer la lutte contre la fraude en révisant les conditions du tiers payant des professionnels de santé faisant l'objet d'une enquête pour fraude.

L'assurance maladie doit pouvoir suspendre le tiers payant dès l'ouverture de la procédure de déconventionnement.

En outre, les organismes complémentaires sont contraints de maintenir le tiers payant même en ayant connaissance de comportements frauduleux. Il faut y remédier.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable.

Il faut renforcer l'arsenal juridique en matière de lutte contre la fraude. Toutefois, lorsqu'une procédure de déconventionnement est ouverte, le professionnel de santé incriminé a droit au respect du contradictoire.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°348 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°17 rectifié bis](#) de Mme Goulet et *alii*.

Mme Nathalie Goulet. – Cet amendement propose une procédure de déconventionnement provisoire en cas de fraude manifeste.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Votre amendement est satisfait. Retrait, sinon avis défavorable. Il existe des procédures de déconventionnement, y compris d'urgence.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Mme Nathalie Goulet. – Pour avoir rendu un rapport sur le sujet à Édouard Philippe il y a quelques années, je suis assez investie sur ces matières.

Il faudrait un état des lieux des procédures en cours. Le secteur médical représente 60 % du montant de la fraude et 30 à 40 % du nombre de fraudeurs.

Les usagers ne sont pas seuls responsables. Or les organismes hésitent à prononcer des sanctions, face à la démographie médicale en berne, notamment.

Mais mon amendement est effectivement satisfait, je le retire.

L'amendement n°17 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1332 rectifié](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement vise à réformer le service médical de l'assurance maladie.

Il met fin à la séparation entre les agents chargés du contrôle médical et ceux de la CPAM, sur le modèle de ce qui existe au sein de la Mutualité sociale agricole (MSA). Les synergies et les coopérations devront être renforcées pour améliorer la qualité des prestations. Nous avons entendu les inquiétudes des médecins-conseils.

Cette évolution devra préserver l'indépendance des médecins, par la création d'un directeur médical doté d'une totale indépendance. C'est essentiel pour le respect du secret médical.

Une phase transitoire est en outre prévue jusqu'en 2027.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cette réforme a suscité de nombreuses craintes chez les professionnels de santé sur l'indépendance du contrôle médical. La commission ne les ignore pas. Mais la Cnam définit des mesures garantissant cette indépendance. Le projet prévoit notamment la création d'un comité de suivi du secret médical et de l'indépendance technique des praticiens-conseils chargés de veiller au respect de ces principes déontologiques.

Selon la Cnam, la réforme améliorera l'efficacité des contrôles et la qualité des prestations, en offrant un interlocuteur unique aux assurés. Avis favorable.

Mme Marion Canalès. – Cette mesure a été rejetée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, au motif qu'elle constitue un cavalier législatif. Le Gouvernement l'a représentée en séance, elle a été rejetée. Elle revient aujourd'hui.

Le vrai problème, c'est l'indépendance. Les ordonnances de 1945 avaient rattaché le service médical de l'assurance maladie à la Cnam. Ce n'est pas rien d'y toucher !

Le discours de simplification ne cache-t-il pas d'autres travers ?

Il faut garantir l'indépendance des médecins. Nous sommes très réservés sur cet amendement.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous voterons évidemment contre cet amendement. Nous sommes nombreux à avoir reçu des messages d'alerte, notamment de salariés du service du contrôle médical.

L'interpellation de l'intersyndicale date du 7 octobre, une semaine avant la présentation du texte en conseil des ministres, et plus de trois semaines avant son examen par l'Assemblée nationale.

L'Igas pointait du doigt dans son rapport des problèmes de pilotage du service du contrôle médical : manque de disponibilité, management obsolète, etc.

Si ce projet aboutit, les conséquences seraient désastreuses pour les assurés sociaux, ainsi que pour les 7 200 salariés du service du contrôle médical.

Mme Nadia Sollogoub. – Il est assez rare que je partage les idées de ma collègue, mais je suis très réticente aussi sur ce point.

Mon expérience d'élue locale m'a prouvé que de fausses bonnes idées pouvaient poser des problèmes dans les organisations sur la durée.

Je voterai également contre cet amendement.

M. Bernard Jomier. – L'indépendance professionnelle des médecins concernés doit bien sûr être absolument respectée, mais les garanties présentées me semblent suffisantes.

La question est plutôt : pourquoi inscrire cette réforme dans la loi ? Le statut actuel de ces médecins prévoit qu'ils sont employés par la Cnam. Avec la réforme, ils seraient employés par les CPAM. Ils auraient pu être simplement détachés, sans qu'il faille passer par la loi.

La réforme proposée contient des points intéressants : si certains acteurs s'y opposent, d'autres font valoir que leur travail serait ainsi plus connecté aux besoins de santé du territoire.

On demande au Parlement de trancher une réforme d'organisation ; je ne cache pas que je suis un peu embarrassé. Le Gouvernement aurait pu procéder autrement qu'au travers d'un amendement au PLFSS. Je m'abstiendrai.

Mme Catherine Conconne. – C'est une fausse bonne idée. Cette réforme va beaucoup trop vite et sèmera le désordre dans les caisses primaires. Celle de Martinique vient d'être crucifiée par un rapport accablant de la Cour des comptes. Le directeur partira à la retraite dans quelques mois, sans successeur prévu... On ajouterait du désordre au désordre, dans un pays marqué par le tristement célèbre chlordécone.

Il n'y a pas le feu ! Ce n'est pas quelques millions d'euros économisés çà et là qui changeront la face du monde. Je voterai contre cette réforme.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Madame la rapporteure, vous créez un comité de suivi pour apaiser les craintes... C'est bien qu'il y a un risque : si les craintes des professionnels concernés étaient irrationnelles, vous ne le feriez pas !

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°1332 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°69 :

Nombre de votants.....	343
Nombre de suffrages exprimés	323
Pour l'adoption	221
Contre	102

L'amendement n°1332 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°151](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Vous vous souvenez de la taxe lapin, préoccupation constante de la commission. (*Sourires*) Je n'ignore pas que sa mise en œuvre serait difficile, mais je constate qu'elle a permis une certaine pédagogie. La Cnam a réalisé un spot publicitaire avec un petit lapin dans une salle de consultation... Effet ou non de ce spot, le nombre de rendez-vous non honorés a diminué. Nous vous proposons donc cet amendement à nouveau.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Bien sûr, nous souhaitons lutter contre les fameux lapins, qui sont parfois une ribambelle. Les patients doivent avoir le réflexe de prévenir de leur absence.

Mais vous confiez cela à l'assurance maladie, qui n'est pas dans le cabinet du médecin et ne peut donc savoir si le rendez-vous a été honoré... Certains patients risquent d'être arbitrairement pénalisés.

Retrait ou avis défavorable, même si je suis attachée à l'engagement de l'ancien Premier ministre Gabriel Attal sur ce sujet.

M. Bernard Jomier. – Cet amendement est une très mauvaise idée. Il n'y a pas de consensus sur l'ampleur du phénomène. Une plateforme très utilisée a publié récemment des données qui ne correspondaient pas à ce qu'on peut en dire : 3 % en médecine générale, soit un rendez-vous sur 30 durant une journée ; si c'est vrai, ce n'est pas un problème.

Je m'interroge sur cet entêtement à taxer. Lorsqu'il y a des comportements irrespectueux à répétition, cela se gère autrement.

Ne croyons pas que faire payer 2 euros aux patients créera de l'offre médicale supplémentaire ; ce n'est pas substituable.

Mme Céline Brulin. – Ce comportement est un manque de respect, et je le condamne. Mais donner l'illusion que la taxe lapin va dégager du temps médical et résorber les déserts médicaux est tiré par les cheveux...

M. Alain Milon. – Ce n'est pas ça !

Mme Céline Brulin. – En audition, les dirigeants d'une plateforme bien connue parlaient d'un taux de 3 à 4 % – c'est toujours trop, sans doute, mais ce n'est pas beaucoup. Ce qui ressemble à un gadget ne doit pas servir à écarter nos propositions de régulation des installations sur le territoire.

Qui subit ce phénomène ? Intuitivement, je me dis que lorsque vous posez un lapin à un médecin de famille, au rendez-vous suivant, il vous remonte les bretelles ! Évidemment, le fait de ne pas avoir de médecin traitant peut favoriser ce genre de comportements...

M. Olivier Henno. – À chaque fois que l'on propose une régulation, il y a toujours de bons

arguments pour la repousser. Mais l'autorégulation ne fonctionne pas toujours. Nous voterons cet amendement.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission*. – Nous sommes tous conscients qu'il faut responsabiliser les assurés qui n'honorent pas leur rendez-vous. Nous votons chaque année cet amendement qui n'est pas retenu par la CMP, mais il a des effets pédagogiques extraordinaires (*Mme Geneviève Darrieussecq le confirme*). Soyons cohérents et votons-le une fois de plus.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Très bien !

Mme Émilienne Poumirol. – Vu qu'il n'y a que 3 % à peine des rendez-vous qui ne sont pas honorés, cela n'engendrera aucune économie pour la Cnam, monsieur Henno. Cette taxe n'est demandée par aucun syndicat de médecins. Nous voterons contre.

Mme Laurence Rossignol. – Pourquoi l'amendement n'a-t-il pas été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 ? Il charge en effet la Cnam de recouvrer les sommes en question. Habituellement, en pareil cas, la commission des finances considère que cela augmente la charge de personnel.

À la demande du groupe *Les Républicains*, l'amendement n°151 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°70 :

Nombre de votants.....	343
Nombre de suffrages exprimés.....	341
Pour l'adoption.....	214
Contre.....	127

L'amendement n°151 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°152 rectifié](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – Nous voulons favoriser l'utilisation du DMP en ville comme à l'hôpital. En ville, les conventions professionnelles conclues avec l'assurance maladie pourraient ainsi fixer les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de la consultation et du renseignement du DMP ; le renseignement du DMP ferait partie des critères de l'Ifaq.

M. le président. – [Sous-amendement n°373 rectifié](#) de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Olivier Henno.

M. Olivier Henno. – M. Vanlerenberghe, auteur de ce sous-amendement, intervient souvent sur la redondance des soins. Le DMP a quinze ans : il est temps de l'imposer par la contrainte. Ce sous-amendement prévoit une sanction pouvant aller jusqu'à 3 000 euros.

M. le président. – [Sous-amendement n°1366 rectifié ter](#) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et *alii*.

M. Olivier Henno. – Il s'agit ici de faire évoluer la rémunération des incitations.

M. le président. – [Sous-amendement n°372 rectifié](#) de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Henno.

M. Olivier Henno. – Il s'agit là de mettre en place une régulation des actes pouvant aller jusqu'à 70 %.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – Retrait, sinon avis défavorable sur les amendements n°373 rectifié et 372 rectifié. L'ajout de sanctions ou de pénalités additionnelles enverrait un signal de défiance. Certains logiciels ne permettent pas un accès facile au DMP. Avis favorable au sous-amendement n°1366 rectifié *ter*.

Les sous-amendements n°373 rectifié et 372 rectifié sont retirés.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. – Je suis satisfaite que le DMP avance enfin : des moyens importants ont été dégagés pour développer « Mon espace santé ». Avec de nombreux acteurs, nous avons cherché à raccorder les tuyaux : 16 millions de comptes ont été activés, mais le travail reste immense.

Je suis favorable à l'amendement n°152 rectifié, car les conditions de sa mise en œuvre sont là. Sagesse sur le sous-amendement n°1366 rectifié *ter*.

Le sous-amendement n°1366 rectifié ter est adopté.

L'amendement n°152 rectifié, sous-amendé, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°426 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Les professionnels de santé agissant en délégation de compétences doivent alimenter systématiquement le DMP.

M. le président. – [Amendement identique n°1195 rectifié quater](#) de M. Chaize et *alii*.

Mme Frédérique Puissat. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – La rédaction de ces amendements m'a semblé peu opérationnelle. Certaines professions, notamment paramédicales, n'ont qu'un accès imparfait au DMP ; les logiciels métier sont très inégaux en la matière. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. – Même avis.

Les amendements identiques n°426 rectifié et 1195 rectifié quater ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°200](#) de Mme Doineau au nom de la commission des affaires sociales.

M. Joshua Hochart. – Cet amendement régle le déploiement des dispositifs de téléconsultation en

excluant les centres commerciaux et les gares, où ils pourraient être exposés au vandalisme et au vol, et où la confidentialité ne peut être garantie – ce qui constitue une violation grave du secret médical. Cela poserait aussi des questions d'hygiène et de salubrité tout aussi importantes, si un entretien peu rigoureux laissait se propager des germes et des bactéries.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Oui, il faut mieux encadrer la téléconsultation, mais nous y retravaillerons à partir des conclusions du rapport que nous avons demandé à la Cour des comptes. Dans l'attente, avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

M. Alain Milon. – Notre collègue a raison : l'avis de la Cour des comptes ne nous parviendra que dans un an ; d'ici là, les dispositifs de téléconsultation auront le temps de s'installer partout ! Je voterai cet amendement.

L'amendement n°200 n'est pas adopté.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Henri Cabanel. – Au scrutin public n°66, je souhaitais voter contre.

La séance est suspendue à 13 heures.

PRÉSIDENCE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 30.

Mise au point au sujet d'un vote

Mme Solanges Nadille. – Lors du scrutin public n°70, l'ensemble du groupe RDPI souhaitait voter pour. Pour ma part, je maintiens mon vote contre.

Acte en est donné.

Discussion des articles
de la troisième partie (*Suite*)

Après l'article 16 (Suite)

M. le président. – [Amendement n°7 rectifié bis](#) de Mme Petrus et *alii*.

Mme Annick Petrus. – Nous parlons depuis un certain temps des économies nécessaires pour préserver notre système de santé. Les contribuables jouent le jeu.

Mais l'effort doit être partagé par tout le monde, et nous ne pouvons négliger la fraude aux arrêts maladie, dont le coût est proche de 8 millions d'euros. Or le développement de la télémédecine a entraîné la

prescription de nombreux arrêts de complaisance, qui grèvent le budget de la sécurité sociale.

Nous souhaitons interdire toute prescription ou tout renouvellement d'arrêt de travail en téléconsultation. Seul un examen en présentiel garantit une évaluation objective de la situation médicale du patient.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'encadrement actuel de la prescription d'arrêts de travail par téléconsultation date de la LFSS 2024. Il serait précipité de le modifier, moins d'un an après la mise en application de la loi.

La commission des affaires sociales a en outre commandé un rapport à la Cour des comptes sur ce sujet, dont il convient d'attendre les conclusions.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même si la lutte contre la fraude aux arrêts de travail est une priorité du Gouvernement, je rejoins l'avis de la rapporteure : le système est trop récent pour être modifié.

Avis défavorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – S'il existe des plateformes ou des médecins frauduleux, c'est là que doit se faire la régulation, en amont.

Vous estimez qu'un examen clinique en présentiel est nécessaire. En ce cas, pourquoi autoriser des prescriptions à distance de médicaments, d'exams de radiologie ou d'analyses à distance ?

Votre amendement, c'est une atteinte masquée aux arrêts de travail !

Des centaines de milliers de patients en ALD n'ont pas de médecin traitant. Or la téléconsultation est une solution aux déserts médicaux. Ces médecins pourraient tout prescrire, sauf un arrêt de travail ? Ce n'est pas sérieux !

L'amendement n°7 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1134 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Cet amendement limitera la prescription d'arrêts de travail de plus de trois jours en téléconsultation aux seuls renouvellements.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1134 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1133 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Le développement de plateformes numériques accordant des arrêts de travail en échange d'une rétribution soulève de nombreuses interrogations.

M. le président. – [Amendement identique n°1251 rectifié bis](#) de Mme Aeschlimann et *alii*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Si la télémédecine présente des avantages indéniables contre les déserts médicaux, ses abus doivent être combattus énergiquement.

L'amendement régule les plateformes qui font commerce de la prescription d'arrêts de travail, parfois en recourant à des médecins exerçant à l'étranger. On peut obtenir un arrêt de travail en quatre minutes, en quelques clics sur son téléphone !

On peut s'interroger sur la qualité de tels diagnostics. Ce système contrevient à l'éthique médicale. Enfin, ces abus pèsent sur les comptes sociaux. Les arrêts de travail ont augmenté de 40 % entre 2012 et 2022. (*Mme Raymonde Poncet Monge s'exclame.*)

Cet amendement protège en outre les patients de bonne foi qui prennent un risque pénal en recourant aux services de ces plateformes. Il faut les interdire.

Mme Annie Le Houerou. – Ce sont des pratiques scandaleuses !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission, qui s'est émue de l'émergence de tels sites, a émis un avis favorable à ces deux amendements, malgré des doutes sur leur portée effective.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut les interdire, c'est tout !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Toutefois, ces plateformes opèrent frauduleusement en dehors de tout cadre légal.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je partage votre objectif de lutter contre la fraude sociale. Mais des outils légaux existent déjà et l'assurance maladie et l'Ordre des médecins ont engagé des actions judiciaires pour faire fermer des sites frauduleux. La prescription d'arrêts de travail en téléconsultation a déjà été encadrée. Cela dit, sagesse.

Mme Annie Le Houerou. – Les cabines de téléconsultation représentent un accès très dégradé aux soins pour de nombreux patientes et patients. Elles sont utilisées en dernier recours. Il faut les encadrer, car elles ne doivent être installées que dans les pharmacies.

Madame la ministre, je ne vois pas en quoi les amendements proposés contribuent à la lutte contre la fraude sociale.

Nous voterons pour l'encadrement de ces plateformes numériques, mais les téléconsultations n'en sont pas moins un pis-aller dans les déserts médicaux.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Madame la sénatrice, il n'y a aucun médecin derrière

les plateformes dont nous parlons ! Elles proposent juste un formulaire dans lequel on tape son numéro de sécurité sociale et ses coordonnées, pour acheter un arrêt maladie 18 ou 20 euros !

Mme Annie Le Houerou et Mme Émilienne Poumirol. – C'est inacceptable !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Nous parlons non pas des cabines de téléconsultation, mais de plateformes illégales qui délivrent des arrêts maladie contre rémunération.

Mme Annie Le Houerou. – Il faut les fermer !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Elles sont souvent à l'étranger. C'est l'objet de cet amendement.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut les fermer ! Nous voterons bien sûr cet amendement. Mais on régule l'illégalité, maintenant, dans cette assemblée ?

Demandons des contrôleurs, des moyens supplémentaires, y compris pour réguler sur internet.

Si ces plateformes sont illégales, il faut les interdire !

Au lancement de la téléconsultation, le GEST avait proposé des garde-fous. Vous les avez évacués, car c'était selon vous le remède miracle pour résoudre le problème des déserts médicaux !

Mme Émilienne Poumirol. – Nous parlons de plateformes, non de cabines de téléconsultation. On ne devrait même pas parler de ces plateformes au Parlement, puisqu'elles sont illégales !

Ces plateformes peuvent aussi faire des prescriptions de radiologie, de biologie, sans examiner aucun patient. C'est une dégradation de la qualité des soins, presque une insulte à la profession de médecin, comme si son rôle se limitait à cocher des cases dans un formulaire. À quoi sert-on, sinon ? Interdisons ces plateformes scandaleuses !

Les amendements identiques nos 1133 rectifié et 1251 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°978](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Marianne Margaté. – En tant que sénatrice de Seine-et-Marne, je reviens sur l'effet d'aubaine que la téléconsultation peut constituer pour des entreprises peu scrupuleuses.

L'entreprise H4D a bénéficié de 1,5 million de crédit d'impôt recherche (CIR), de 200 000 euros de crédit d'impôt innovation et de 100 000 euros de subventions du département par télécabine. Or elle a fermé ses portes du jour au lendemain !

Mme Émilienne Poumirol. – C'est scandaleux ! C'est du vol d'argent public !

Mme Marianne Margaté. – Oui, il faut réguler et encadrer, pour faire cesser ces pratiques. (*Applaudissements sur les travées des groupes CRCE-K et SER*)

Mmes Cathy Apourceau-Poly et Émilienne Poumirol. – Très bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous sommes nombreux à le penser : la téléconsultation doit être mieux encadrée.

Mais je le répète : le Sénat a demandé un rapport à la Cour des comptes. Je n'écarte pas le sujet d'un revers de main, mais nous devons attendre ses conclusions avant de travailler à l'encadrement de ces cabines de téléconsultation. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Mme Émilienne Poumirol. – Je remercie Mme Brulin et le groupe CRCE-K pour cet amendement.

Le rapport de la Cour des comptes paraîtra dans un an. Pendant ce temps, les scandales continueront ! Ces prétendues sociétés qui bénéficient frauduleusement des aides publiques peuvent nous laisser sans solution, du jour au lendemain, après s'être rempli les poches d'argent public. Il faut y mettre fin !

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il y a des différences de traitement : certains amendements ne peuvent pas attendre les conclusions d'un rapport et doivent être adoptés tout de suite, et d'autres, c'est l'inverse !

Cet amendement est de qualité, puisqu'il s'appuie sur les recommandations de la HAS.

Mme Marianne Margaté. – Le rapport de la Cour des comptes sera sans doute digne d'intérêt, mais, face à de telles pratiques, le Sénat doit dès aujourd'hui montrer sa volonté d'encadrement et de régulation.

Mme Émilienne Poumirol. – Très bien !

L'amendement n°978 n'est pas adopté.

(On le déplore à gauche.)

M. le président. – [Amendement n°40 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Les patients notent souvent des discordances entre les praticiens consultés et ceux qui étaient annoncés lors de la prise de rendez-vous en ligne.

Le droit du malade au libre choix de son praticien, garanti par le code de la santé publique, doit être respecté.

Le principal acteur de la prise de rendez-vous en ligne détient 90 % de l'offre et s'approche malheureusement du quasi-monopole. Or certains

professionnels non réglementés parviennent parfois à se faire référencer. Il faut plus de contrôles.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il y a un vrai travail à conduire sur ce sujet. Qui est derrière l'écran : est-ce vraiment un médecin ?

Mais les choses ne sont pas si simples. Certains patients qui peuvent difficilement se déplacer, par exemple ceux en arrêt de travail pour raisons psychiatriques, peuvent trouver un intérêt à de telles plateformes. C'est pourquoi j'attends avec impatience le rapport de la Cour des comptes. Retrait.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Monsieur Milon, vous proposez de soumettre ces sociétés à un agrément préalable. Or la prise de rendez-vous en ligne est une offre de service privée, sans impact direct sur les dépenses d'assurance maladie. C'est juste une mise en relation.

Après le rapport de la Cour des comptes, il faudra faire un point complet. Retrait.

M. Alain Milon. – Je comprends vos arguments, mais les amendements que nous présentons ne sont que l'expression des inquiétudes des patients et des professionnels. Nous devons agir.

Nous connaissons le temps requis pour la rédaction d'un rapport, puis son analyse, puis sa transposition dans une proposition de loi.

Dans l'intervalle, de nombreux patients continueront à se faire bananer, et des tas de professionnels feront semblant de l'être !

L'amendement n°40 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°38 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Je connais l'avis qui sera donné à cet amendement, mais je le présente tout de même...

Plusieurs sociétés de télé-expertise fournissent des ordonnances sans examen médical, *via* des plateformes d'échanges accessibles sur abonnement, à la suite d'un simple questionnaire rempli sans qu'un médecin puisse le contrôler.

Ces méthodes assimilables à l'achat d'ordonnances ne sont validées par aucune instance. La fraude porte déjà sur plusieurs dizaines de milliers d'ordonnances.

La semaine dernière, j'ai eu connaissance d'une personne victime d'un accident de travail qui a obtenu un arrêt de travail de deux semaines, un traitement d'anti-inflammatoires et une ordonnance de kinésithérapie, le tout sans voir un médecin ! Il y a là un vrai danger.

M. le président. – [Amendement n°746](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement est quasiment identique à celui d'Alain Milon. Il met

l'accent sur le risque que représentent ces plateformes. Ces prétendues sociétés de télé-expertise peuvent aussi prescrire des médicaments, des examens radiologiques, sans avoir vu un patient ! C'est une négation du rôle du médecin. Je le vis comme une insulte.

Ces sociétés fleurissent et font de la fraude, car elles prescrivent des ordonnances sans en avoir le droit. Sanctionnons-les !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La fraude va même jusqu'à l'utilisation du mot « télé-expertise ». (*M. Alain Milon et plusieurs sénateurs du groupe SER acquiescent.*) Mais qu'est-ce que la télé-expertise ?

Mme Émilienne Poumirol. – La prétendue télé-expertise !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le sens du mot est détourné.

Une télé-expertise, c'est lorsqu'un médecin consulte l'un de ses confrères pour recueillir son avis. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je confirme la définition indiquée par Mme la rapporteure. La télé-expertise et la téléconsultation sont deux choses différentes.

La LFSS 2024 a bien exclu du champ de la prise en charge les soins, produits ou prestations prescrits sans contact visuel ou oral avec le patient – c'est le cas pour les situations que vous décrivez.

Avis défavorable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Même avis.

M. Alain Milon. – Qui aime bien châtie bien. Mais je vous fais confiance, et, comme je vous aime bien, je retire mon amendement, tout en attendant des textes qui limitent les abus. (*Sourires*)

L'amendement n°38 rectifié bis est retiré.

Mme Laurence Rossignol. – Je vous aime bien, mais je ne le retire pas ! (*Sourires*)

Mme Émilienne Poumirol. – Nous ne retirons pas notre amendement. La télé-expertise est illégale.

Le vol, la fraude sont punis immédiatement dans d'autres domaines, et exposent à des peines de prison. Pourquoi pas dans ce cas-là ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – La télé-expertise n'est pas illégale. Heureusement, les médecins peuvent échanger entre eux pour améliorer leur diagnostic. Une télé-expertise ne conduit pas à une prescription.

En revanche, certaines cabines de téléconsultation peuvent être illégales. Auquel cas, nous devons agir. Mais ce n'est pas l'objet de l'amendement.

Mme Annie Le Houerou. – Plusieurs sociétés de télé-expertise proposent de fournir des ordonnances,

selon l'objet de l'amendement. Nous sommes donc bien dans l'illégalité !

L'amendement n°746 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°86 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Je vais faire plaisir à Mme la rapporteure, en citant un rapport de la Cour des comptes...

En effet, selon un [rapport](#) de mai 2023, et selon les données de l'OCDE, le poids des génériques en volume est de 42 % en France, contre 78 % au Canada et 83 % en Allemagne, par exemple.

Mon amendement vise à inciter les prescripteurs à privilégier la prescription de médicaments inscrits sur le répertoire des groupes génériques, alternatives thérapeutiques à des nouveaux entrants ayant obtenu une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau V.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'ai bien noté que vous citiez un rapport de la Cour des comptes. (*Sourires*)

Revenons sur les chiffres : le taux de pénétration est de 42 %, mais le taux de substitution est bien plus important, de 85 à 90 % selon les médicaments.

Ajouter une procédure supplémentaire en demandant aux professionnels prescripteurs de justifier pourquoi ils ne prescrivent pas un médicament générique pourrait être perçu comme un signal de défiance. De plus, le pharmacien doit déjà substituer le médicament inscrit sur une ordonnance par un générique. N'exagérons pas. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°86 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°82 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Nous voulons rendre systématique l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) sur l'inscription des biosimilaires au registre des groupes biologiques similaires dans un délai maximal de deux mois suivant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), afin d'accélérer la procédure de substitution et d'accroître la pénétration des biosimilaires.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'[amendement](#) n°1380 de la commission, après l'article 19, ramène à un an le délai d'inscription des biosimilaires sur la liste des médicaments biologiques substituables. Cela me paraît un bon compromis. Demande de retrait au profit de cet amendement.

L'amendement n°82 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement n°84 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Deux ans après la commercialisation du premier médicament biologique similaire, il faut limiter la base de remboursement du médicament biologique de référence à celle du médicament biologique similaire afin de favoriser le recours aux biosimilaires, sans perte de chances pour les patients.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait ou avis défavorable. La commission soutient le développement des biosimilaires qui constituent un gisement d'économies pour l'assurance maladie. Actuellement, la délivrance en pharmacie est restreinte à trois biosimilaires. Votre proposition semble un peu prématurée, mais, à l'avenir, il faudra peut-être la mettre en œuvre si la substitution par les biosimilaires ne se développe pas.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

M. Alain Milon. – Je ne sais pas si je serai toujours là à l'avenir, donc je maintiens mon amendement ! (*Sourires*)

L'amendement n°84 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1277 rectifié](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – Le présent amendement est une demande de rapport sur l'application du coefficient géographique appliqué aux tarifs nationaux, afin de prendre en compte les spécificités de certaines zones. Ainsi, les territoires ultramarins et insulaires font face à des surcoûts structurels.

La Guyane a bénéficié d'une revalorisation des coefficients. Mais pour d'autres régions, rien. Les coefficients n'ont pas été revalorisés depuis 2017 et demeurent insuffisants.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable sur cette demande de rapport. Nous avons déjà longuement débattu de la réforme des hôpitaux.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Le Gouvernement partage votre exigence de transparence. Une étude de la Drees a conduit à la revalorisation des coefficients dans certains territoires, lorsque les écarts s'étaient creusés : la Guyane, La Réunion et Mayotte. Dans les autres, il faut continuer à travailler, et rester vigilant.

L'amendement est satisfait. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Catherine Conconne. – Certes, nous connaissons la position du Sénat sur les demandes de rapports. Pour ma part, je voterai cet amendement, que je vois comme un amendement d'appel – d'appel au secours ! Nos CHU sont les plus endettés de France et de Navarre. Les interventions chirurgicales ne peuvent avoir lieu au CHU de Martinique parce qu'on ne peut plus acheter de compresses. On meurt faute de soins ! Je l'ai dit ici dix fois. C'est pourquoi je

vous ai demandé un entretien, Madame la ministre. On meurt, faute de matériel ! On meurt ! Continuera-t-on à fermer les yeux ?

Avec de tels irritants, la grogne monte. Les gens sont insatisfaits. Et cela ne va pas cesser ! Envoyez un signal ! Le rapport de la Drees a été contesté. On ne peut pas continuer comme cela ! Il faut agir.

On le dit tout le temps, sur plein de sujets, mais tout le monde s'en fiche.

Mme Audrey Bélim. – Le grand, le bel hôpital public, ce savoir-faire français dispensé également dans les outre-mer, nous devons le soutenir !

Lorsqu'il est défaillant, et que nos malades doivent prendre l'avion pour être soignés dans l'Hexagone, leurs chances de survie diminuent. Accepte-t-on que les personnes des outre-mer aient des chances moindres ?

Je voterai l'amendement.

Mme Émilienne Poumirol. – Je voterai moi aussi l'amendement.

L'an dernier, j'ai vu comment fonctionne le CHU de Fort-de-France. Celui-ci comprend une partie très moderne, dotée des appareils les plus récents, mais la majorité de l'hôpital est dans un état de délabrement catastrophique, notamment le service de cancérologie. On n'a déjà pas le moral quand on suit une chimio, mais, dans de telles conditions, je ne vous raconte pas ! Et les internes n'ont pas envie de rester, d'où une perte d'attractivité de l'hôpital. Il faut garder un œil sur les outre-mer. (*Mmes Audrey Bélim et Colombe Brossel applaudissent.*)

L'amendement n°1277 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

(« Bravo » et applaudissements à gauche ; *Mme Solanges Nadille et M. Michel Masset applaudissent également.*)

M. le président. – [Amendement n°728](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous sommes d'accord pour contrôler la pertinence des soins et faire faire des économies à l'assurance maladie. La régulation des dépenses est une nécessité. Le Conseil de l'ordre pourrait contrôler les actes réalisés dans les centres de soins non programmés et se positionner comme un rempart contre ces dérives.

Ces établissements sont très financiarisés et 15 % des actes qui y sont pratiqués sont soit redondants soit médicalement injustifiés.

Cet amendement s'inspire des propositions issues du [rapport sur la financiarisation de l'offre de soins](#).

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le contrôle déontologique de l'Ordre est, bien sûr, essentiel, et doit s'exercer aussi sur les professionnels exerçant dans ces centres. C'est prévu par le droit.

En revanche, le suivi des finances sociales revient non pas à l'Ordre, mais à l'assurance maladie. Il semble y avoir ici une confusion.

Tous les ordres professionnels se sont prononcés contre la financiarisation.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°728 n'est pas adopté.

Article 16 bis

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article, issu d'un amendement du député Frédéric Valletoux, pérennise une expérimentation qui a porté ses fruits.

Certaines personnes décédées peuvent rester plusieurs heures à domicile avant qu'un médecin signe le certificat de décès. Les infirmiers doivent être formés et rémunérés sur cette mission, pour que les défunts soient pris en charge au plus vite.

Mme Annie Le Houerou. – Je salue cet article qui permet aux infirmières de signer des certificats de décès, car il est parfois difficile d'accéder à un médecin dans ce contexte très délicat du décès.

Les infirmières sont en première ligne pour l'évaluation des besoins des patients, en particulier les personnes âgées. Leur permettre de prolonger les prescriptions libérerait du temps médical et éviterait aux médecins de surévaluer les besoins pour éviter au patient de revenir.

Nous souhaitons donc élargir les compétences des infirmières à la prescription de certains produits de santé – substituts nicotiniques, antiseptiques, sérum physiologique, perfusions contre la déshydratation, compléments alimentaires, chaussures thérapeutiques, dispositifs anti-escarres, fauteuils-coquilles. Mais notre amendement a été déclaré irrecevable, malheureusement.

M. le président. – [Amendement n°155](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous avons très largement voté cette expérimentation l'an dernier. Elle s'achève en avril 2025 et ses résultats étant très positifs, il fallait la pérenniser.

Par dérogation, les frais seront pris en charge par l'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. Merci au Gouvernement d'avoir déposé un amendement similaire.

M. le président. – [Amendement identique n°1333](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – L'amendement identique du Gouvernement permet d'assurer la recevabilité de cette mesure, attendue et utile.

Les amendements identiques n°s 155 et 1333 sont adoptés et l'article 16 bis est ainsi rédigé.

L'amendement n°601 rectifié n'a plus d'objet.

Article 16 ter

M. le président. – [Amendement n°1129](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Je m'étonne que la commission n'ait pas supprimé cette demande de rapport déguisée qui la porte au déremboursement d'actes sur la base d'« indications scientifiques ». Ce terme, sorti de nulle part, crée un flou.

La publication d'une étude par un médecin du CHU de Marseille suffira-t-elle pour dérembourser des actes ? Certains politiques ont une approche idéologique de la science et s'appuient sur quelques articles isolés pour interdire les actes de transition des mineurs trans, sans attendre l'avis de la HAS. L'article 16 ter prête à confusion et doit être supprimé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet article demande deux rapports, l'un sur l'avancée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures, et l'autre sur une liste de priorités en matière de pertinence des soins. L'amendement n°156 de la commission vise à supprimer ce premier rapport : la révision complète des 13 000 actes – un travail titanesque – se déroule bien et devrait s'achever fin 2025.

En revanche, la commission est favorable à la transmission annuelle de la liste des actions prioritaires en matière de pertinence des soins, feuille de route du Gouvernement pour le Parlement, en amont de l'examen du PLFSS.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1129 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1347](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable à cet amendement rédactionnel.

L'amendement n°1347 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°156](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Nous avons choisi de reprendre cet article issu d'un amendement déposé à l'Assemblée nationale dans le texte transmis au Sénat. Il nous permettra de suivre l'avancée des travaux. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°156 est adopté.

L'article 16 ter, modifié, est adopté.

Après l'article 16 ter

M. le président. – [Amendement n°20 rectifié](#) de Mme Goulet et *alii*.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Depuis 2017, la loi prévoit une transition maximale d'un an avant la fin des droits à l'assurance maladie pour les personnes dont le séjour sur le territoire français n'est plus régulier. Ce délai a été réduit à six mois par un décret de 2020.

Il ne faut pas aller plus loin, pour éviter les va-et-vient entre AME et régime général. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement fait fi des difficultés de renouvellement du titre de séjour, dont la personne n'est pas responsable. J'ai été employeur et j'ai dû intervenir à plusieurs reprises, car la préfecture n'était pas au rendez-vous du renouvellement.

Je ne vois pas l'intérêt de provoquer ces va-et-vient synonymes de travail supplémentaire.

L'amendement n°20 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°203](#) de M. Hochart.

M. Joshua Hochart. – Nous voulons enfin introduire une sanction dissuasive à la fraude sociale, qui atteint 13 milliards d'euros en 2023. Chaque euro fraudé est un euro de moins pour ceux qui en ont besoin.

En cas de fraude avérée, nous prévoyons la suspension immédiate des prestations et le remboursement intégral des indus, assorti d'une amende au quintuple. En cas de récidive, les droits seront suspendus pendant cinq ans, puis définitivement en cas de seconde récidive.

Ainsi, nous défendons les citoyens honnêtes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La lutte contre la fraude doit être un axe majeur de nos politiques publiques, mais la proportionnalité et l'applicabilité des peines proposées sont loin d'être assurées : avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°203 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°25 rectifié](#) de Mme Sollogoub et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Les ordres professionnels et les associations d'usagers doivent pouvoir solliciter la HAS sur l'évaluation de certains actes.

Ils sont en effet bien placés pour identifier les besoins. Cette nouvelle compétence renforcerait l'efficacité des évaluations et améliorerait l'adéquation entre actes inscrits et besoins réels, dans l'intérêt des patients.

M. le président. – [Amendement n°24 rectifié](#) de Mme Sollogoub et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – La nomenclature des actes infirmiers est particulièrement lourde : actes prescrits par les médecins non reconnus, erreurs de facturation, logiciels de facturation coûteux, etc.

Le système de cotation doit être rapidement revu, afin d'éviter l'épuisement de ces professionnels.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Sagesse sur l'amendement n°25 rectifié. Il est pertinent que les ordres puissent proposer à la HAS d'évaluer certains actes – la HAS restant toutefois maîtresse de son programme d'évaluation. Les associations d'usagers sont déjà autorisées à solliciter la HAS à ce titre.

Avis défavorable à l'amendement n°24 rectifié qui prévoit un rapport, surtout après notre vote à l'article 15 *quinquies*.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – La HAS a déjà un calendrier de travail extrêmement chargé. Elle peut être sollicitée par les ministres, les conseils nationaux professionnels et les associations de patients. Les ordres peuvent passer par ces intermédiaires. Avis défavorable à l'amendement n°25 rectifié.

Même avis défavorable que la rapporteure sur l'amendement n°24 rectifié. Appliquons la loi avant de faire évoluer la nomenclature.

Mme Jocelyne Guidez. – Je maintiens l'amendement n°25 rectifié, qui correspond à une demande forte des infirmières.

L'amendement n°24 rectifié est retiré.

L'amendement n°25 rectifié est adopté et devient additionnel.

Article 17

Les amendements n°s 310 et 354 rectifié bis ne sont pas défendus.

M. le président. – [Amendement identique n°969](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet amendement supprime une disposition qui pénalise les patients pour lesquels l'accès aux transports sanitaires est difficile. Réformons plutôt l'offre de transport sanitaire en traitant les inégalités territoriales, les monopoles locaux et les difficultés de financement.

La responsabilité du conventionnement des taxis, que vous souhaitez transférer à l'assurance maladie, est actuellement une compétence du directeur de l'ARS, mais elle n'est pas exercée faute de décret

d'application. Pourquoi changer ? La fixation des bases tarifaires par la sécurité sociale risque d'accentuer la pression sur les transporteurs.

Cet article aggraverait les inégalités d'accès aux soins. Ne pénalisons pas davantage ni les patients ni les professionnels.

L'amendement n°1203 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cet amendement de suppression.

Les dépenses de transport sanitaire ont augmenté de 9 % en 2023 : nous devons maîtriser ces dépenses. L'article 17 permettra à l'assurance maladie de mieux réguler l'offre.

Les taxis jouent un rôle déterminant dans l'accès aux soins, notamment dans les territoires ruraux.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Nous élargissons les critères pris en compte dans le conventionnement des taxis pour améliorer l'adéquation entre besoin et offre. Nous interdisons aussi toute facturation de gré à gré au-delà des tarifs négociés par l'assurance maladie : c'est un garde-fou protecteur des patients.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°969 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°71 :

Nombre de votants.....	340
Nombre de suffrages exprimés.....	276
Pour l'adoption.....	35
Contre.....	241

L'amendement n°969 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°157 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement de coordination juridique insère les dispositions relatives au conventionnement des taxis dans un article distinct du code de la sécurité sociale.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je comprends votre souci, mais cela nécessitera de très nombreux décrets d'application, avec un risque de conséquences pratiques sur le remboursement des patients. Retraversons ce sujet ensemble, le cas échéant au cours de la navette. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°157 rectifié est adopté.

M. le président. – [Amendement n°158](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°158, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'amendement n°205 rectifié ter n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°1278 rectifié](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – Cet article instaure une négociation conventionnelle entre les taxis et l'assurance maladie.

Toutefois, une convention-cadre nationale n'est pas adaptée aux disparités d'offres territoriales de transport sanitaire. La recentralisation de la négociation risque de se faire au détriment des patients dans les territoires sous-dotés. On compte six taxis pour 100 000 habitants à Mayotte, 249 à Paris...

Les conventions doivent tenir compte des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transport sanitaire dans chaque département et territoire d'outre-mer.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les règles relatives aux taxis sanitaires doivent être différenciées selon les territoires.

Votre amendement me semble satisfait, car le texte prévoit déjà un certain nombre de modulations selon les circonstances locales – certains éléments n'ayant toutefois pas vocation à être modulés localement.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Les négociations conventionnelles seront départementales : elles tiendront compte des spécificités locales. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1278 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°705](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Le problème est double : augmentation des frais de transport sanitaire et nécessaire maintien des taxis en zone rurale.

Les transports sanitaires ont coûté 6 milliards d'euros en 2022, remboursés à plus de 93 %. Pas moins de 2,9 milliards d'euros ont été remboursés par l'assurance maladie en 2023 au titre du transport sanitaire en taxi.

La Cour des comptes souligne que les règles sont beaucoup plus contraignantes pour les ambulances et les véhicules sanitaires légers (VSL) que pour les taxis conventionnés, que leur régulation est largement défailante, sans suivi qualitatif, et qu'ils sont plus cher. Dans mon département, faire 30 km coûte 56 euros en taxi, 43 euros en VSL.

Il faut conventionner et mettre en place un véritable contrôle. Mais il faut aussi maintenir des transports dans les zones rurales, où l'accès aux soins est plus difficile.

M. le président. – [Amendement n°1127](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Oui, il faut mieux réguler. Mais il faut aussi mieux prendre en compte les réalités locales. Les différences entre zones urbaines et rurales ou entre l'Hexagone et les outre-mer sont flagrantes.

Les taxis conventionnés sont parfois les seuls à assurer le transport sanitaire dans les zones rurales. Ils assurent un lien vital entre les personnes âgées et les établissements de santé.

Il faut donc des critères spécifiques pour les territoires les moins bien dotés en transport sanitaire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les taxis sanitaires jouent un rôle décisif dans l'accès aux soins. Nous veillerons à ce que le conventionnement n'éloigne pas les Français du soin.

La rédaction actuelle apportant suffisamment de garanties, retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Le cadre national sera décliné à l'échelle départementale, entre les CPAM et les taxis. Les spécificités départementales seront donc bien étudiées. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – J'entends la volonté de la ministre de prendre en compte les difficultés des territoires.

Mais les règles varient selon le type de véhicule. Le VSL doit être désinfecté après le transport d'un patient, pas le taxi ! Ce n'est pas normal, surtout si les tarifs sont plus favorables aux taxis. La dernière revalorisation des tarifs des ambulanciers remonte à plusieurs années, alors que les taxis renégocient chaque année les leurs avec les préfetures.

Dans mon secteur, à 15 kilomètres de la place du Capitole, les autorisations de taxis sanitaires sont passées de 8 à 27 : ça pullule !

Mme Laure Darcos. – Défendons nos artisans taxis, qui sont parfois les seuls à prendre en charge les personnes malades.

L'amendement n°705 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1127.

M. le président. – [Amendement n°159](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°159, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1125](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Le conventionnement des transports sanitaires doit tenir compte de l'ensemble des frais liés au transport des patients, notamment lorsqu'ils ont besoin d'un accompagnement humain. Je pense notamment aux personnes âgées ou en situation de handicap. C'est une question de respect.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La convention évoquera la question des suppléments facturables, et notamment les frais d'attente et d'approche. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1125 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°160](#) de Mme Imbert au nom de la commission.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement prévoit d'aider les taxis à s'équiper en outils de géolocalisation. Cela permettra notamment de lutter contre la fraude.

M. le président. – [Amendement identique n°1091 rectifié](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – C'est le même.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable.

Les amendements identiques n°s 160 et 1091 rectifié sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°161 rectifié](#) de Mme Imbert au nom de la commission.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement autorise la convention-cadre nationale à définir des dispositifs de rémunération permettant de maîtriser les dépenses, de développer les transports partagés et de lutter contre la fraude.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°161 rectifié est adopté.

M. le président. – [Amendement n°676](#) de Mme Conconne et du groupe SER.

Mme Catherine Conconne. – Notre belle institution réalise de très beaux rapports, auxquels nous donnons suite, comme sur le narcotrafic.

Avec Guillaume Chevrollier, dans le cadre de notre [mission sur la continuité territoriale outre-mer](#), nous avons vu, en Guadeloupe et en Guyane, les difficultés du transport des malades.

Face aux affres de ces territoires, les déclinaisons spécifiques locales doivent être prises en compte. En effet, pour aller de Maripasoula à Cayenne, il faut prendre la pirogue ou l'avion ; de Marie-Galante à Pointe-à-Pitre, le bateau...

Le diable étant dans les détails, je préfère qu'on vote cet amendement, plutôt qu'on me dise plus tard qu'on nous a oubliés.

M. le président. – [Amendement n°1279 rectifié](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – J'irai dans le même sens. Il faut adapter l'article 17 à la réalité des outre-mer. Il n'est pas opportun de transférer à la

sécurité sociale la compétence du conventionnement avec les taxis. C'est le directeur de l'ARS qui est le plus compétent ; malheureusement le décret n'a jamais été publié.

Jusqu'ici, les tarifs du transport sanitaire par taxi étaient établis en appliquant une remise sur les tarifs préfectoraux, qui prennent en compte l'inflation et le prix des carburants. Demain, c'est la sécurité sociale qui déterminera la base tarifaire, d'où les craintes des professionnels.

On nous annonce en outre une harmonisation des tarifs du transport sanitaire. Mais une rémunération uniformisée ne tiendrait pas compte des spécificités des différentes professions concernées !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il n'est pas question d'oublier les outre-mer ! L'article 17 donne assez de garanties : la convention sera modulée en fonction des territoires. Vos amendements sont satisfaits. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis. Je le redis, des discussions sont prévues dans chaque département. Bien sûr, on ne se déplace pas entre Maripasoula et Cayenne comme entre Versailles et Paris. Ce n'est ni la même organisation ni le même coût. Vos amendements sont satisfaits.

Après une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°676, mis aux voix par assis et levé, n'est pas adopté.

L'amendement n°1279 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1126](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Les collectivités territoriales et les associations locales d'usagers doivent aussi être consultées sur le projet de convention-cadre nationale. C'est essentiel pour l'équité entre territoires.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Aucune convention ne prévoit un tel avis. Ne créons pas de précédent.

Votre amendement serait quasi-inapplicable en ce qu'il prévoit l'avis de toutes les collectivités, et pas seulement celui de leurs associations représentatives. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Votre proposition n'est pas adaptée, vu la diversité des territoires. On a surtout besoin d'un avis local. Il me semblerait plus pertinent que les réflexions émanant des contrats locaux de santé (CLS) soient prises en compte. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1126 n'est pas adopté.

L'article 17, modifié, est adopté.

Après l'article 17

L'amendement n°1130 n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je le reprends.

M. le président. – Il devient l'[amendement n°1397](#).

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement de Mme Nathalie Goulet oblige tous les véhicules de transport sanitaire à s'équiper d'un dispositif de géolocalisation certifié et d'un système électronique de facturation intégré, pour mieux lutter contre la fraude.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable.

*L'amendement n°1397 est adopté.
et devient un article additionnel.*

M. le président. – [Amendement n°276 rectifié](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Cet amendement prévoit une dérogation au cadre juridique de transport sanitaire et à sa prise en charge par l'assurance maladie pour les entreprises de transport de personnes à mobilité réduite (PMR). En effet, l'offre de taxi et d'ambulance n'est pas suffisante dans le Médoc et il est très souvent fait appel à ces entreprises.

M. le président. – [Amendement identique n°1325](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Par cet amendement, j'assure la recevabilité de la mesure.

M. le président. – [Sous-amendement n°1363](#) de M. Lurel.

M. Victorin Lurel. – Le transport sanitaire, tel que mentionné dans l'amendement n°1325, comprend-il le transport assisté personnalisé ? En Guadeloupe, celui-ci joue un rôle important pour le transport des PMR.

M. le président. – [Sous-amendement identique n°1385](#) de M. Mérillou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Les entreprises de transport sanitaire sont confrontées à des obligations inadaptées aux exigences de leur activité, notamment aux obligations de transport sanitaire d'urgence.

En Dordogne, mais aussi dans les Côtes-d'Armor, la situation est urgente, en raison du manque de médecins. Des maternités ferment à Sarlat ou à Guingamp. Pour une consultation spécialisée, il faut se rendre dans une ville lointaine, effort insurmontable pour des personnes âgées ou à mobilité réduite.

Il faut donc adapter la réglementation pour répondre aux besoins des PMR et des habitants des zones de revitalisation rurale (ZRR). Ce serait une avancée concrète pour l'accès aux soins dans des territoires en souffrance.

M. le président. – [Sous-amendement n°1355 rectifié](#) de M. Théophile et *alii*.

M. Frédéric Buval. – Cet amendement prévoit que l'article soit adapté aux spécificités des territoires d'outre-mer.

M. le président. – [Sous-amendement identique n°1364](#) de M. Lurel et Mme Bélim.

M. Victorin Lurel. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable aux sous-amendements n°s1355 rectifié et 1364, qui offrent des marges de manœuvre bienvenues. Avis défavorable au sous-amendement n°1363, qui déstabiliserait profondément le secteur, et au sous-amendement n°1385, car sa rédaction n'est pas opérationnelle.

Avis favorable aux amendements n°s276 rectifié et 1325, ainsi sous-amendés.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Notre amendement n°1325 propose un cadre pour éviter une remise en cause chaque année des entreprises de transport des PMR.

Le transport des PMR concerne d'abord les personnes en fauteuil roulant, ce qui demande des aménagements particulièrement coûteux.

M. Victorin Lurel. – À titre personnel, je voterai les amendements n°s276 rectifié et 1325.

Il y a un conflit entre les filières ; 14 000 entreprises font du TAP – en Martinique, vingt-quatre sont concernées. Vous ne m'avez pas répondu à ce sujet. Nous risquons de nous retrouver avec vingt-quatre liquidations sur les bras !

Les sous-amendements identiques n°s1363 et 1385 ne sont pas adoptés.

Les sous-amendements identiques n°s1355 rectifié et 1364 sont adoptés.

Les amendements identiques n°s276 rectifié bis et 1325, sous-amendés, sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°781](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement instaure une régulation de l'installation des médecins. Selon l'UFC-Que Choisir, 19 millions de Français rencontrent des problèmes d'accès à un médecin généraliste. Nous proposons d'encadrer l'implantation de nouveaux médecins dans les zones les mieux dotées, en la réservant aux médecins conventionnés en secteur 1.

D'autres pays l'on fait. Résultat : en quatre ans, au Québec, les installations de médecins en zone sous-dotée ont augmenté de 76 %. Cette mesure n'a rien de révolutionnaire.

L'amendement n°1222 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°568 rectifié bis](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement étend aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour d'autres professionnels de santé – pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes. Nous préservons la liberté d'installation, tout en proposant un conventionnement sélectif.

Dans les zones mieux dotées, définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux, un nouveau médecin libéral ne pourra s'installer en étant conventionné par l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral cessera son activité.

C'était l'objet de la [proposition de loi](#) que j'ai déposée avec Émilienne Poumirol, retoquée par la droite de cet hémicycle, et c'est celle de la proposition de loi de Guillaume Garot, signée par 240 députés de tous bords.

Nous devons aussi mener un travail d'envergure sur les études de santé et proposer un parcours de formation soutenable. Quand 20 % des titulaires d'une thèse ne s'inscrivent pas à l'Ordre, c'est le signe d'un mal-être. Nombre de vocations sont malmenées. Nous avons besoin de ces médecins, ne les sacrifions pas !

M. le président. – [Amendement n° 976 rectifié](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Nous voulons établir un conventionnement sélectif, pour que, dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée, un médecin ne puisse s'installer que lorsqu'un autre arrête son activité. Cet amendement a été régulièrement rejeté au Sénat, mais les déserts médicaux progressent.

Les mesures incitatives sont un échec, il faut passer à la vitesse supérieure. L'idée devient majoritaire dans le pays, et 240 députés ont cosigné la proposition de loi de Guillaume Garot : voilà la majorité que l'on dit introuvable ! Bruno Rojouan préconise, dans [le rapport](#) de la commission du développement durable, de réguler l'installation des médecins dans les zones les mieux dotées. Ne restons pas sourds à cette urgence, réglons !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces amendements visent à contraindre l'installation des médecins.

Mme Céline Brulin. – Non !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Disons, à inciter fortement l'installation des médecins. Oui, nous devons former davantage de médecins ; non, il ne faut pas les sacrifier.

Étant donné la situation démographique, le conventionnement sélectif n'est pas la solution : j'y vois un risque de déconventionnement et d'inscription en secteur 3. Ce serait contreproductif, certains iraient même s'implanter à l'étranger.

Ne régulons pas contre les professionnels, mais avec eux ! Personnellement, je suis très favorable aux

cabinets secondaires, au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Les mesures incitatives fonctionnent dans certains endroits. Parfois, il y a des comportements opportunistes, que nous devrions détecter et éviter, voire sanctionner.

Les mesures relatives aux pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes ont été décidées en concertation avec leurs syndicats professionnels. Je rencontre les syndicats de médecins : mieux vaut construire les solutions plutôt que les subir, leur dis-je.

Mme Annie Le Houerou. – Tout à fait !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Il y a des déserts médicaux partout, y compris dans les villes. Je mise beaucoup sur la formation : on doit amener plus vite les étudiants en médecine dans ces territoires.

Il faut travailler avec les doyens et les CHU pour les inciter à envoyer les jeunes dans les centres hospitaliers des territoires ruraux. Cela implique une organisation, avec des maîtres de stage.

Le Québec revient sur le dispositif choisi, qui ne marchait pas très bien. Il mène aussi une campagne pour recruter 27 000 soignants en France ! Je préférerais qu'on les garde chez nous...

Travaillons ensemble pour trouver les bonnes solutions.

Mme Émilienne Poumirol. – C'est un sujet complexe sur lequel nous devons trouver un équilibre. Ce conventionnement sélectif peut faciliter l'installation dans des zones sous-dotées.

Pour identifier correctement ces zones, il faudrait un indice territorial par bassin de vie mis à jour régulièrement par l'ARS. Vous dites que le conventionnement sélectif contraindra les jeunes ? Mais 85 % du territoire est sous-doté, donc la contrainte n'est pas très forte...

Certains médecins approuvent ce principe.

Nous avons entendu un doyen de faculté qui nous incitait à supprimer le conventionnement en secteur 2 dans les zones surdotées. J'obtiens un rendez-vous d'ophtalmologiste sous six mois dans ma ville, Toulouse, tandis qu'il ne faut que deux jours à Paris...

M. Simon Uzenat. – Les inégalités d'accès aux soins explosent, et la situation s'est dégradée : entre 2019 et 2024, le temps d'accès à un généraliste a doublé, et d'autant plus dans les territoires ruraux, dont les habitants ont une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale. C'est inacceptable. Les habitants et élus des territoires ont l'impression d'être abandonnés. Je suis assez choqué par votre réponse, madame la ministre. Et proposer des cabinets

secondaires, c'est considérer que ces habitants sont de seconde zone.

En cas de pénurie, on rationne pour limiter les déséquilibres. (*M. Alain Milon proteste.*) Ce conventionnement sélectif est une solution minimaliste, mais raisonnable. Le risque de désengagement de médecins est limité. En outre, le rapport de Bruno Rojouan de 2022 va dans ce sens. J'espère que nous serons suivis.

Mme Véronique Guillotin. – Je ne voterai pas pour ces amendements, car, en contexte de pénurie, cette solution n'est pas la bonne. Certaines choses fonctionnent : ne cassons pas la dynamique des MSP, qui redonnent du temps médical.

M. Alain Milon. – Le *numerus clausus* a été instauré en 1971, appliqué en 1973 et surtout en 1983. C'est uniquement à partir de Lionel Jospin qu'il a été desserré. C'est Mme Buzyn qui l'a supprimé en 2022. Comme il faut dix ans pour former un médecin, nous n'aurons pas de nouveaux médecins avant 2032 !

Selon une récente enquête de l'Insee, les jeunes médecins s'installent, pour la plupart, près de leur lieu de naissance (*Mme Annie Le Houerou renchérit*), et à 43 km de leur lieu d'études, notamment d'internat. Il faudrait négocier avec les facultés de médecine pour que les doyens libèrent les internes et les autorisent à aller dans des hôpitaux de proximité.

Il n'y a pas de zone privilégiée, pas même la Côte d'Azur. Même en retraite, un médecin reste inscrit à l'Ordre des médecins. Le doyen de la faculté de médecine de Nice m'indiquait qu'il y avait 33 dermatologues inscrits à l'Ordre entre Nice et Saint-Raphaël, mais zéro en activité : ils sont tous à la retraite !

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°781 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°72 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	327

Pour l'adoption.....	99
Contre.....	228

L'amendement n°781 n'est pas adopté.

Les amendements nos 568 rectifié bis et 976 rectifié ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°612 rectifié bis](#) de M. Masset et *alii*.

M. Michel Masset. – Cet amendement s'inspire d'un amendement de l'Assemblée nationale, qui propose de tester par expérimentation le conventionnement sélectif. Nous connaissons les réticences de l'ordre des médecins, mais il s'agit bien d'une expérimentation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Vous proposez une expérimentation pour trois ans dans cinq communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Je vois mal comment il y aurait des zones surdotées et sous-dotées au sein d'une même CPTS. Ce n'est pas très opérationnel. Avis défavorable.

Mme Annie Le Houerou. – Dommage !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

M. Michel Masset. – La meilleure réponse, c'est l'expérimentation !

L'amendement n°612 rectifié bis n'est pas adopté.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – J'ai proposé que nous accélérions pour finir l'examen cette nuit, si possible, avec une défense rapide des amendements identiques. (*Assentiment à droite*)

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je demande une suspension de séance de dix minutes.

La séance est suspendue à 17 h 10.

La séance reprend à 17 h 20.

M. le président. – [Amendement n°569 rectifié bis](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Nous souhaitons rééquilibrer les conditions de cotisations sociales, les garanties de revenus et l'aide à l'installation, afin qu'elles bénéficient de la même manière aux médecins libéraux qu'à la médecine salariée, et donc à leurs employeurs.

Le développement des structures pluriprofessionnelles de soins de premier recours en exercice coordonné est un vecteur incontournable du renforcement de l'offre de soins de proximité. Les centres de santé sont souvent gérés et financés par les collectivités territoriales. Afin de les soutenir, les garanties de revenus proposées aux médecins libéraux doivent s'appliquer aux centres de santé, pour les accompagner vers un meilleur équilibre de leurs recettes.

Assurons la neutralité des modalités d'exercice de la profession.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'exercice libéral et l'exercice salarié n'impliquent pas les mêmes contraintes. Une différenciation s'impose. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous sommes tous d'accord sur le fait que l'exercice coordonné est une priorité. Les MSP sont une des réponses, mais les centres de santé également. De plus en plus de jeunes se tournent vers le salariat, un peu rebutés par les difficultés juridiques qu'implique l'installation en MSP.

Il serait bon que les incitations financières, notamment les allègements fiscaux, soient identiques dans les deux cas.

L'amendement n°569 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°681](#) de M. Fichet et du groupe SER.

M. Simon Uzenat. – Nous voulons évaluer l'ensemble des aides à l'installation des médecins. L'exercice coordonné n'est pas une solution magique : de nombreux territoires ont monté des structures pour un exercice coordonné de la médecine, mais ils n'arrivent pas à les faire fonctionner. Les dispositifs d'aide à l'installation se multiplient ; évaluons donc leur efficacité et leur attractivité.

Il faut partir des besoins de santé de la population, notamment à l'aune de son vieillissement. Disposer d'indicateurs fiables est essentiel.

Nous observons une concurrence croissante entre collectivités. Certaines recrutent des détectives privés pour identifier des profils potentiels !

Notre proposition rejoint une recommandation du rapport Rojouan.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport, malgré l'intérêt du sujet.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Ce sujet a déjà fait l'objet de rapports de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), de la Drees et de l'Insee.

Il faut partir d'un projet médical, qui repose sur des personnes, non seulement sur des murs. Les questions de santé sont aussi des questions d'aménagement du territoire : c'est grâce à une réflexion globale que nous éviterons des investissements peu appropriés. Avis défavorable.

M. Alain Milon. – Vous savez qu'en principe, je ne suis pas favorable aux demandes de rapport. Mais mon amendement sur l'organisation des urgences au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) a été retoqué au nom de l'article 40 - à tort selon moi. Une réflexion s'impose sur la personnalité morale et juridique de ces groupements. Madame la ministre, prenez le sujet à bras-le-corps.

M. Simon Uzenat. – Il existe en effet de nombreux rapports, mais, à ma connaissance, nous ne disposons pas de données consolidées au niveau national sur les investissements des collectivités en faveur de l'installation de médecins. Au vu des pratiques observées dans nos territoires, cela représente des sommes considérables, probablement plusieurs milliards d'euros. Cette demande d'évaluation est conforme au [rapport Rojouan](#), adopté à l'unanimité de la commission de l'aménagement du territoire : je vous invite à la cohérence.

L'amendement n°681 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1122](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Je sais que vous n'aimez pas les demandes de rapport, mais c'est parfois le seul moyen d'alerter le Gouvernement sur un sujet.

Nous souhaitons la pérennisation des structures d'exercice coordonné participatives (Secpa), en cours d'expérimentation, qui sont une traduction ambitieuse de l'approche de santé communautaire au sens de l'OMS. Souvent implantées dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou à proximité, ces structures n'offrent pas seulement des soins médicaux ; elles intègrent des médiateurs en santé, des travailleurs sociaux ou encore des animateurs d'ateliers de parole, dans la perspective d'une prise en charge globale.

Or, malgré des résultats prometteurs, leur avenir est incertain. Les modalités de leur financement durable restent floues, et les équipes de terrain ne sont pas assez associées à l'élaboration du cadre national. Madame la ministre, comment comptez-vous les pérenniser ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est une demande de rapport : avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – L'expérimentation se poursuit, et une évaluation sera réalisée à son terme, prévu le 30 avril prochain. Nous aurons donc un rapport. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1122 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°386 rectifié bis](#) de M. Joly et *alii*.

M. Simon Uzenat. – Une mineure ou une femme victime de violences intrafamiliales qui est ayant droit d'une autre personne – en général ses parents ou le conjoint violent – peut demander à bénéficier de l'anonymat total pour pratiquer un avortement. La circulaire du 24 mars 2003 précise les conditions de cet anonymat.

En pratique, celui-ci concerne les consultations préalables et l'ensemble des actes médicaux, mais non les frais de transport. Le décompte du remboursement apparaît donc dans les documents envoyés à l'ayant droit, de sorte que l'anonymat n'est plus garanti.

Nous demandons un rapport pour identifier les modalités de prise en charge des différents modes de transport en pareil cas.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Un récent [rapport](#) de notre commission confirme la protection insuffisante de l'anonymat des femmes. Un nouveau rapport ne paraît pas utile, il faut maintenant des réponses concrètes.

Mme Annie Le Houerou. – C'est l'article 40 qui nous oblige à demander des rapports !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – L'accès à l'IVG est une préoccupation pour le Gouvernement. Les frais de transport ne doivent pas constituer un obstacle. J'ai demandé à mes services d'y travailler. L'établissement d'un rapport ne me paraît pas prioritaire ; sagesse néanmoins.

Mme Nadia Sollogoub. – L'anonymisation complète de la prise en charge du déplacement est nécessaire. Par ailleurs, dans un petit département rural où tout le monde se connaît, le recours au transport partagé peut poser problème : il devrait être possible de déroger à cette obligation. Où en est le décret en préparation sur ce sujet ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je ferai étudier par mes services la possibilité d'une mesure réglementaire pour garantir l'anonymat. Quant au futur décret relatif aux transports partagés, il ne concernera que les transports itératifs programmés : les transports dont nous parlons ne seront donc pas concernés.

Mme Nadia Sollogoub. – Merci !

Mme Laurence Rossignol. – Mme la rapporteure a mentionné, à raison, le [rapport](#) de la commission des affaires sociales sur l'accès à IVG. Plus qu'un deuxième rapport, nous demandons un suivi de l'engagement pris à l'instant par la ministre. À chaque PLFSS, de nombreux engagements sont pris, et nous voulons en assurer un meilleur suivi. Nous-mêmes, parlementaires, ne prenons pas nécessairement la peine de faire un tableau de bord. Dérogeons à nos habitudes et votons cet amendement, afin que le Gouvernement nous informe de l'avancement des travaux sur cette question.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Nous sommes vendredi soir, nous pouvons faire une exception ! (*Sourires*) Sagesse.

L'amendement n°386 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°389 rectifié bis](#) de M. Joly et *alii*.

M. Simon Uzenat. – Je vais essayer, moi aussi, d'obtenir gain de cause, mais j'ai quelques doutes... (*Sourires*)

Depuis le décret du 23 avril 2024, les sage-femmes peuvent pratiquer des IVG instrumentales au sein des établissements de santé. Par ailleurs, la [loi Gaillot](#) a allongé de douze à quatorze semaines le délai légal de recours. Les IVG dites tardives ne représentent que 20 % des avortements, mais de moins en moins d'établissements les pratiquent, car l'opération est complexe et les volontaires, peu nombreux. Résultat : les femmes sont contraintes à des déplacements de plus en plus longs, et l'accès à l'IVG s'apparente parfois à un parcours de la combattante.

Alors que, dans certaines zones rurales, l'accès à l'IVG instrumentale ne tient qu'à un fil, rien n'est prévu pour la prise en charge des frais occasionnés par ces transports. L'article 40 nous oblige à demander un rapport pour attirer l'attention sur la nécessité d'y remédier.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Oui, l'accès à l'IVG tardive est insuffisant et il y a une difficulté autour du transport. Mais défavorable à la demande de rapport.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable, d'autant que le rapport demandé vise le coût de la prise en charge. Ce qui m'importe, c'est qu'elle soit effective. Une IVG tardive doit être réalisée par voie instrumentale au sein d'un établissement de santé : sa prise en charge est prévue dans les conditions de droit commun.

M. Alain Milon. – Corapporteur de la loi Touraine avec Mme Rossignol, je me souviens qu'elle contenait cinquante-deux demandes de rapport... Pour que le Gouvernement produise tous les rapports demandés, il faudrait nommer un ministre des rapports ! (*Assentiment à droite et au centre*)

Mme Laurence Rossignol. – C'est notre seul moyen d'évoquer des sujets dans l'hémicycle, vous le savez bien !

M. Simon Uzenat. – Nos marges de manœuvre sont extrêmement réduites, et la demande de rapport est un moyen de mettre en débat certains sujets. Nous voulons changer la vie des gens, mais l'article 40 nous contraint à déposer des demandes de rapport pour obtenir des engagements du Gouvernement. Il s'agit ici d'un droit fondamental : ne travestissez pas notre démarche. (*Mme Pascale Gruny soupire.*) *Notre engagement, c'est de changer concrètement les choses.*

L'amendement n°389 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1059](#) de Mme Vogel.

Mme Anne Souyris. – Mme Vogel attire notre attention sur une situation kafkaïenne. Chaque année de nombreux Français ayant vécu à l'étranger se heurtent, au moment de leur retour en France, à des démarches administratives complexes, voire à des refus, notamment pour la prise en charge de leurs frais médicaux. À cause du délai de carence de trois mois, certains se retrouvent dans des situations extrêmement précaires, alors qu'ils vivent en France, et renoncent aux soins. D'autres règlent eux-mêmes leurs factures.

Le GEST a présenté un amendement l'année dernière, adopté par notre assemblée mais supprimé dans la suite des discussions, pour prévoir un aménagement par décret du délai de carence.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il est souhaitable d'adapter certaines dispositions au cas particulier des Français ayant vécu à l'étranger et qui

reviennent dans notre pays. Avis favorable, comme l'année dernière.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable. Dans la majorité des situations, le délai de carence ne s'applique pas. Il ne concerne que les personnes qui résident en France mais n'y travaillent pas ; celles-ci peuvent souscrire une assurance volontaire en attendant de pouvoir s'affilier.

L'amendement n°1059 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1131 rectifié bis](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont intégralement exonérés de franchise. La solidarité doit s'exercer, mais la santé ne peut pas être complètement gratuite. Chacun doit contribuer en proportion de ses capacités. Il ne faut pas perdre de vue que la santé a toujours un coût.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'intention est intéressante, mais il faudrait évaluer plus précisément les enjeux de santé publique liés à cette mesure. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Pour bénéficier de la gratuité, une personne seule doit percevoir moins de 847 euros par mois. Cela fait partie de la solidarité nationale. Avis défavorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Au-delà d'un certain seuil de revenus, la C2S n'est pas gratuite, mais coûte 25 euros par mois, soit tout de même 300 euros par an. La santé doit respecter le principe fondateur de la sécurité sociale : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Il semble que certains aient du mal à intégrer ce principe, qui est pourtant au fondement de notre système. Que voulez-vous donc prendre à des personnes qui touchent déjà si peu ?

M. Xavier Iacovelli. – Je me félicite du double avis défavorable donné à cet amendement. Il est vrai que la santé n'est pas gratuite et que nous devons mener un travail de pédagogie sur son coût réel. Mais la C2S touche de très petits revenus et, à partir d'un certain seuil, devient contributive. Quelque 44 % de ceux qui pourraient en bénéficier n'y ont pas recours : l'enjeu est donc plutôt de la promouvoir.

L'amendement n°1131 rectifié bis n'est pas adopté.

Article 17 bis

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous nous réjouissons de l'inscription dans la loi de mesures d'handigynécologie, car les femmes handicapées sont fréquemment victimes de discriminations et malveillances qui affectent leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Entre 40 et 68 % d'entre elles subissent des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Le programme expérimental Handigynéco a été mis en place dans plusieurs régions : c'est un pas important, mais il faudrait l'étendre à toutes les structures médico-sociales et sociales et aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Des consultations longues en gynécologie, comportant également une éducation à la vie affective et sexuelle, devraient aussi être proposées en ville et remboursées par l'assurance maladie. C'est une demande de l'ordre des sage-femmes.

Mme Anne Souyris. – Grâce à Sébastien Peytavie, le programme Handigynéco est entré dans le droit commun. Il s'inscrit dans une démarche, essentielle, d'« aller vers ». Confier ces consultations aux sages-femmes, actrices majeures de la santé des femmes, est bienvenu.

Les femmes en situation de handicap sont surexposées aux violences sexuelles : une sur cinq est victime de viol, y compris en institution. La sensibilisation des soignants à ces violences doit être obligatoire. C'est une urgence humaine !

M. le président. – [Amendement n°162](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert. – Amendement de clarification rédactionnelle.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable. La nécessité du déploiement d'Handigynéco a été identifiée lors de la conférence nationale sur le handicap d'avril 2023, que j'avais pilotée. Je me réjouis que nous tenions parole.

M. Xavier Iacovelli. – Très bien !

L'amendement n°162 est adopté.

L'article 17 bis, modifié, est adopté.

Article 17 ter

Mme Anne Souyris. – Cet article réforme l'examen de prévention bucco-dentaire M'T dents, désormais annuel, mais qui ne sera plus intégralement pris en charge par l'assurance maladie. Ancienne professeure des écoles, je sais combien la prévention et l'« aller vers » sont importants dans ce domaine, où les soins sont très coûteux.

Je remercie la rapporteure pour son amendement tendant à garantir la prise en charge intégrale du ticket modérateur par 95 % des complémentaires santé. Mais *quid* des enfants qui ne bénéficient d'aucune complémentaire ? Que prévoyez-vous pour ne laisser aucun enfant sur le bord du chemin ?

M. le président. – [Amendement n°163](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous précisons que la dispense intégrale d'avance de frais prévue pour l'examen de prévention bucco-dentaire et

les soins associés couvre la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et celle prise en charge par les complémentaires.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sageesse.

L'amendement n°163 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°164](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement prévoit la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les examens de prévention bucco-dentaire dans le cadre du contrat solidaire et responsable, auquel souscrivent 95 % des complémentaires. Il ne doit pas y avoir de frein financier au recours à cet examen.

M. le président. – [Amendement identique n°1182](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Dans le cadre du virage préventif, l'article 17 ter annualise le rendez-vous de prévention bucco-dentaire et en modifie les conditions de prise en charge : celle-ci reposera désormais à 40 % sur les complémentaires. Il faut une prise en charge intégrale du ticket modérateur pour éviter tout effet négatif sur le recours à ces examens essentiels.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sageesse.

Les amendements identiques nos 164 et 1182 sont adoptés.

L'article 17 ter, modifié, est adopté.

Article 17 quater

Mme Anne Souyris. – Je me réjouis que les centres de santé communautaires entrent dans le droit commun. Nous croyons à une santé publique innovante et inclusive. Nous disons aux populations concernées que nous les voyons et les entendons : nous ne les laisserons plus à la marge.

Ces centres offrent aux personnes concernées des parcours d'écoute et d'accompagnement sans tabou ni jugement. Ils doivent aussi devenir la pierre angulaire du réseau, réclamé par les associations, de prise en charge des personnes pratiquant le chemsex.

Mme Annie Le Houerou. – Je salue ces rendez-vous de prévention en santé sexuelle et reproductive. Il faut accentuer les efforts de prévention à tous les âges, des débuts de la puberté jusqu'à la ménopause et l'andropause, d'autant que les infections sexuellement transmissibles sont en forte augmentation et que l'utilisation du préservatif recule nettement chez les jeunes. Il faut aussi favoriser un

partage plus équitable de la charge de la santé sexuelle.

M. le président. – [Amendement n°165](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°165, approuvé par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1348](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1348, approuvé par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°711 rectifié](#) de Mme Rossignol et du groupe SER.

Mme Laurence Rossignol. – Les centres de santé sexuelle à vocation communautaire doivent avoir aussi pour mission les rendez-vous de prévention instaurés par le présent article.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est l'objet de ces centres de mener des actions de prévention et de favoriser le dépistage précoce. Ils ont aussi pour objectif de promouvoir l'activité sportive et une alimentation saine ou encore la santé mentale et sexuelle. Madame la ministre, quelles sont les éventuelles conséquences financières de cette mesure ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Les bilans de prévention se font à plusieurs âges clés de la vie : enfants, jeunes adultes, adultes, personnes âgées. Ils couvrent un spectre plus large que la santé sexuelle. Pour cette raison, avis défavorable. Avec les quelques structures prévues, on ne couvrira pas tout le territoire.

Mme Laurence Rossignol. – C'est en plus du reste...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

L'amendement n°711 rectifié n'est pas adopté.

L'article 14 quater, modifié, est adopté.

Article 17 quinquies

Mme Anne Souyris. – (*Mme Frédérique Puissat s'exaspère.*) Je salue l'extension de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) aux méningocoques. Mais cette campagne nationale est-elle efficace ? Quels sont les freins ? Le rapport d'évaluation attendu d'ici un mois nous sera-t-il bien remis ? M. Valletoux annonçait en juin dernier que 130 000 élèves de cinquième avaient été vaccinés, sur 840 000.

L'article 17 quinquies est adopté.

Après l'article 17 quinquies

M. le président. – [Amendement n°732](#) de Mme Gisèle Jourda et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Nous souhaitons inciter les professionnels de santé à inscrire dans le DMP les données relatives à l'exposition environnementale des patients aux substances polluantes. Cet amendement reprend une disposition de la [proposition de loi](#) de Gisèle Jourda visant à refonder la politique de gestion des sites et sols pollués, cosignée par plus de 140 sénatrices et sénateurs.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La portée du dispositif est incertaine, car il est seulement prévu de sensibiliser les professionnels. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°732 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°391 rectifié](#) de Mme Billon.

Mme Jocelyne Guidez. – Compte tenu du net recul de la covid 19, nous proposons de supprimer la prise en charge par l'assurance maladie des tests de dépistage et de détection sans prescription médicale. (*Marques d'assentiment sur plusieurs travées à droite et au centre*)

Mme Nadia Sollogoub. – Très bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – En cas de nouvelle pandémie, nous devrions à nouveau modifier la loi... Avis défavorable.

L'amendement n°391 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°514](#) de M. Grégory Blanc et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – La discussion des PLFSS est très technique et fortement contrainte dans ses délais. Les parlementaires disposent de peu d'éléments pour apprécier les résultats obtenus au regard des moyens votés. À la suite de Grégory Blanc, nous proposons de lier stratégie nationale de santé et budget annuel de la sécurité sociale, afin que l'examen de celui-ci ne se limite pas à un exercice comptable et s'inscrive dans une vision pluriannuelle.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport. La mission d'information à venir fournira des informations précises.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°514 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°571 rectifié](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Il est communément admis que la prévention en santé représente un gain financier pour la collectivité, en plus d'un gain de

qualité de vie pour les personnes. Nous proposons d'évaluer le rendement des investissements réalisés en termes de dépenses évitées, afin de favoriser le développement des politiques de prévention. La consommation croissante de soins et les évolutions démographiques nous y invitent. Il faut aussi étudier le poids des mauvaises conditions de travail dans le recours aux arrêts maladie.

Un récent [rapport](#) de l'Igas souligne que la prévention primaire doit reposer sur un financement incitatif et pérenne. Les besoins de financement sont évalués à 163 millions d'euros d'ici à 2027, notamment pour la conception et la diffusion d'outils de formation.

Après les rapports, place aux actes !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport. La commission des affaires sociales a inscrit cette question à son programme de travail.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°571 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1120](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Les masseurs-kinésithérapeutes doivent pouvoir réaliser les rendez-vous de prévention, notamment pour les adultes en perte d'autonomie. M. Valletoux l'avait promis, mais aucun arrêté n'a été publié. Madame la ministre, reprenez-vous son engagement à votre compte ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Sur le fond, nous sommes favorables à cette participation, mais avis défavorable à la demande de rapport.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Bien sûr, les kinésithérapeutes pourront participer aux bilans de prévention. Nous y travaillons par voie réglementaire. Quelques heures de formation seront sans doute nécessaires. Retrait ?

L'amendement n°1120 n'est pas adopté.

Article 17 sexies

Mme Anne Souyris. – Mieux vaut tard que jamais ! La réforme de « Mon soutien psy » est demandée de longue date par les psychologues. En 2021, nous avons créé une consultation médico-psychologique pour les 18-30 ans, mais il n'a pas été possible de l'intégrer au dispositif gouvernemental. Je me réjouis de voir le dispositif Mon soutien psy aligné sur les dispositifs territoriaux.

M. le président. – [Amendement n°166](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement de correction matérielle n°166, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 17 sexies, modifié, adopté

Article 17 septies

M. Alain Milon. – J'ai été alerté par des confrères de Guadeloupe au sujet du médicament cubain Heberprot-P, qui empêcherait des amputations, nombreuses en outre-mer, de patients souffrants d'ulcères du pied diabétique. Un amendement de Micheline Jacques à ce sujet a été jugé irrecevable au titre de l'article 40, alors que ce médicament serait source d'économies, les amputations – 300 par an en Guadeloupe – coûtant très cher. Comment pourrions-nous en faire usage ?

Mme Micheline Jacques. – Je souscris aux propos d'Alain Milon, que je remercie d'éclairer le débat de son expertise.

Frédéric Maillot, député de La Réunion, vous a interpellée, madame la ministre, sur le Heberprot-P, qui éviterait l'amputation aux patients souffrant du pied diabétique.

Selon un bulletin épidémiologique publié par Santé Publique France, la prévalence du diabète de type 2 dans les outre-mer est deux fois plus importante que la moyenne nationale. Les complications chroniques y sont plus graves et plus fréquentes, notamment les amputations des membres inférieurs – sachant qu'une amputation coûte 64 000 euros !

Anne-Marie Payet, sénatrice de la Réunion, alertait déjà le ministre Mattéi en 2004 sur le nombre d'amputations dans son territoire. En 2015, Roland Courteau, sénateur de l'Aisne, avait appelé l'attention de la ministre Touraine sur le Heberprot-P. C'est très important.

M. le président. – [Amendement n°167](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Supprimons cet article, qui étend à vingt départements au plus l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en CPTS.

Un équilibre a été trouvé il y a dix-huit mois : oui à l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes, mais dans le cadre de l'exercice coordonné. Or les CPTS ne sont pas des lieux d'exercice coordonné. Beaucoup ne fonctionnent d'ailleurs pas très bien.

M. le président. – [Amendement identique n°600 rectifié](#) de Mme Jouve et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Je souscris aux arguments de la rapporteure. La CPTS n'est pas un lieu d'exercice médical coordonné contrairement à une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable à la suppression de cet article. L'idée est de renforcer l'expérimentation, et de favoriser l'exercice coordonné.

Je ne connais pas le médicament miraculeux qui éviterait les amputations chez les diabétiques de type 2, mais je le redis : personne n'a été sollicité, ni l'agence européenne, ni l'ANSM. Pourquoi ce médicament cubain ne fait-il l'objet d'aucune demande d'AMM ? J'ai proposé à Frédéric Maillot de le rencontrer, je ne peux guère faire plus...

Mme Micheline Jacques. – Merci.

Les amendements identiques n^{os} 167 et 600 rectifié sont adoptés et l'article 17 septies est supprimé.

Article 17 octies

Mme Anne Souyris. – Lorsqu'une victime de soumission chimique soupçonne qu'elle a été droguée, le temps joue contre elle. Le GHB ou d'autres drogues sont rapidement éliminés de l'organisme. Pour être remboursée des tests, elle doit porter plainte, or l'amnésie entraînée par le produit l'en empêche. Il faut faciliter l'accès aux tests et analyses, mais aussi former les personnels soignants et les forces de l'ordre à la gestion des cas de soumission chimique.

Je veux dire mon soutien à Sandrine Josso, qui a porté cet amendement à l'Assemblée nationale et qui prépare un rapport sur le sujet. Il est absolument honteux que Joël Guerriau soit encore sénateur, élu de la République. C'est immoral, inacceptable.

Je pense aussi à Gisèle Pélicot. Il est grand temps que cette société patriarcale opère une mue substantielle.

M. le président. – [Amendement n°168 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement étend l'expérimentation de la prise en charge des tests aux analyses réalisées afin de détecter une soumission chimique. Les solutions techniques n'étant pas prêtes pour lancer l'expérimentation en mars, cet amendement reporte la date d'entrée en vigueur au plus tard, au 1^{er} juillet.

M. le président. – [Amendement identique n°1336](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement assure la recevabilité financière de l'amendement précédent. Démarrons l'expérimentation dans les meilleures conditions.

Mme Véronique Guillotin. – J'apporte mon soutien à cette mesure portée à l'Assemblée nationale par Sandrine Josso, avec qui je travaille dans le cadre d'une mission sur la soumission chimique. Suspendue en juin par la dissolution, cette mission vient de reprendre grâce à la publication du décret. J'en remercie le Premier ministre et la ministre déléguée.

Cet amendement permettra aux femmes qui suspectent une soumission chimique d'aller se faire tester rapidement, sans rien déboursier. Une plainte

n'est pas évidente à déposer et les traces disparaissent vite.

Cet amendement apporte une réponse à toutes ces femmes. Je remercie le Gouvernement d'avoir assuré sa recevabilité financière.

Mme Émilienne Poumirol. – Cela nous paraît extrêmement important. Ce sujet, qui est dans l'actualité, est très difficile et triste. Il faut que les analyses soient rapides et gratuites, avant même le dépôt de plainte.

Les amendements identiques n^{os} 168 rectifié et 1336 sont adoptés.

L'article 17 octies, modifié, est adopté.

Article 17 nonies

Mme Annie Le Houerou. – Cet article sur les dépenses de prévention est issu d'un amendement socialiste à l'Assemblée nationale. Nous défendons une nouvelle approche du financement de la santé.

L'intérêt d'une planification pluriannuelle des dépenses de santé fait désormais consensus. Après la loi de programmation sur le grand âge, nous appelons à une loi de programmation pluriannuelle pour la santé qui identifierait les moyens financiers et organisationnels nécessaires pour garantir l'accès au soin, la permanence des soins et l'équilibre territorial de l'offre de soins.

Une vision annuelle ne correspond pas aux besoins, surtout si nous voulons mettre l'accent sur la prévention.

Je salue cet article qui distingue l'investissement en santé pour la prévention.

Mme Anne Souyris. – Merci au Gouvernement d'avoir maintenu cet article issu d'un amendement d'Aurélien Rousseau.

Les dépenses annuelles en santé environnement représentent 6 milliards d'euros selon l'Igas, dont seulement 3 % sont financés par la sécurité sociale. C'est peu, quand le coût social de la pollution de l'air est estimé à 101,3 milliards d'euros par an, le coût social du bruit à 55 milliards et celui des perturbateurs endocriniens à 27 milliards.

Chaque année, notre pays perd 7,8 points de PIB en raison de l'inaction publique en matière de santé environnementale. Selon l'OMS, celle-ci serait la première cause de mortalité en France. Nous devons en faire une priorité de l'action publique.

M. le président. – [Amendement n°169](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission est attachée à la politique de prévention. Dans ce PLFSS, elle a soutenu les dispositifs M'T dents et Handigynéco, le vaccin contre les infections à méningocoque et la création de centres de

santé sexuelle. Pour autant, nous sommes contre les demandes de rapports.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je ne suis pas favorable à la suppression de cet article. Nous avons besoin d'évaluations charpentées sur l'état des lieux, pour aller plus loin demain. La prévention est portée à beaucoup de niveaux, en silo : nous avons une multitude de messages, mais qui ne sont pas coordonnés. Ce rapport est utile.

M. Philippe Mouiller, président de la commission. – Le Gouvernement s'engage à rédiger son rapport, dont acte.

Mme Émilienne Poumirol. – Le [rapport d'information](#) de Mélanie Vogel sur la sécurité sociale écologique du XXI^e siècle plaidait pour un plan national de santé environnementale. En effet, chaque ministère a son propre plan, mais il n'y a aucune coordination interministérielle.

L'amendement n°169 est retiré.

L'article 17 nonies est adopté.

Article 18

Mme Émilienne Poumirol. – Notre amendement à cet article concernant la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) a été déclaré irrecevable.

La [loi Valletoux](#) a établi une responsabilité collective de la prise en charge de l'ensemble des établissements d'un territoire, mais prévoit que les établissements privés participent aux gardes sur la base du volontariat. Les urgences sont assurées très majoritairement par les hôpitaux publics.

En Haute-Garonne, il a fallu le suicide d'un gamin resté dix jours aux urgences sans obtenir de place en clinique psychiatrique pour que l'on s'organise.

La permanence des soins doit être obligatoirement partagée entre service public et cliniques privées. Il ne s'agit pas d'obliger chaque médecin, individuellement, à être de garde, mais les établissements privés qui ont l'autorisation d'accueillir des urgences doivent participer pleinement aux gardes pour soulager l'hôpital.

Mme Annie Le Houerou. – Sur 234 000 médecins inscrits à l'Ordre des médecins, 16 300 sont des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue). Pour exercer en France, ils doivent valider des épreuves de vérification des connaissances et effectuer deux ans de pratique hospitalière. Ils vivent dans des conditions financières et administratives précaires, alors qu'ils sont les piliers de l'hôpital.

En outre 2 500 Français étudient la médecine en Roumanie et peinent à revenir exercer en France. Alors que nous manquons de médecins, nous devrions faciliter leur retour, dès l'internat.

Il est temps d'adopter des mesures pérennes pour régulariser et revaloriser ces médecins, indispensables au système de santé.

M. le président. – [Amendement n°698](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement supprime la condition de pénurie de professionnels pour plafonner les dépenses d'intérim médical et paramédical.

La notion de « tension sur les ressources », floue, ne restreint pas vraiment l'intérim, puisque la pénurie touche tout le territoire.

Nous voulons aller plus loin que les lois Rist et Valletoux, et allonger de deux à cinq ans la durée à la sortie des études médicales pendant laquelle les médecins ne peuvent exercer en intérim dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

Le but n'est pas d'interdire aux jeunes les contrats de courte durée, mais de les orienter vers un emploi stable, en établissement de santé, pour stabiliser les équipes et limiter la concurrence salariale. Les contrats de type 2 se multiplient : ils offrent une rémunération plafonnée à 119 000 euros, contre 70 000 pour les autres contrats.

M. le président. – [Amendement n°170](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

L'amendement n°698 modifie le sens de l'article. L'intérim constitue une souplesse de fonctionnement et les conditions de rémunération doivent demeurer attractives pour attirer ponctuellement des personnels non permanents. L'écart de rémunération doit néanmoins demeurer raisonnable entre permanents et intérimaires. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement clarifiant la rédaction de cet article. Avis défavorable à l'amendement n°698. Je vous invite à voter l'amendement n°170.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Les deux amendements ont le même esprit, mais la rédaction de l'amendement n°170 est préférable. Demande de retrait de l'amendement n°698 à son profit.

L'amendement n°698 n'est pas adopté.

L'amendement n°170 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°699 rectifié](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement étend le plafonnement des dépenses d'intérim à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

*L'amendement n°699 rectifié,
accepté par la commission et le Gouvernement,
est adopté.*

L'article 18, modifié, est adopté.

Après l'article 18

M. le président. – [Amendement n°1324](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement simplifie le financement des établissements de santé en faisant correspondre le calendrier de campagnes de financement et le calendrier budgétaire des établissements. Un an après la réforme du financement des activités de médecine-chirurgie-obstétrique, il est temps d'en tirer les conséquences sur les soins médicaux et de réadaptation.

Il faut également faire évoluer le financement des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées, qui ne sont plus financés par la dotation annuelle psychiatrie depuis la réforme de 2022.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable.

L'amendement n°1324 est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°311 n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1161 rectifié](#) de Mme Guillotin et alii.

Mme Véronique Guillotin. – Cet amendement vise à prendre en compte la concurrence frontalière dans la définition des zones bénéficiant du coefficient géographique des établissements.

Dans un contexte général de crise de l'attractivité, les zones frontalières subissent la double peine : en Suisse ou au Luxembourg, les salaires des infirmières sont 2 à 2,5 fois supérieurs à ceux pratiqués en France. Résultat, nos établissements peinent à recruter. Nous formons, aux frais de l'État et de la région, des infirmières qui partent rapidement travailler de l'autre côté de la frontière.

Merci à la commission d'avoir émis un avis de sagesse cette année.

Madame la ministre, ces territoires frontaliers méritent que vous leur portiez un regard particulier : nous avons besoin que le ministre défende nos propositions auprès de ses homologues des pays voisins.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – En 2022, l'Observatoire statistique transfrontalier indiquait que 40 % des personnels soignants de Haute-Savoie travaillaient en Suisse. Les tensions ne sont pas les mêmes partout, mais on ne saurait les nier. Sagesse.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Nous avons bien conscience des problématiques, notamment de ressources humaines, de ces zones. Les pays voisins nous font concurrence.

Dans certains endroits, il y a une vraie politique coordonnée pour couvrir les besoins de santé de la population. J'ai ouvert il y a peu un colloque franco-suisse sur le sujet. J'ai vu des actions intéressantes entre les deux pays.

Le coefficient géographique, qui tient compte des surcoûts liés aux charges de personnel, aux achats ou à l'immobilier, ne peut répondre à l'ensemble des problèmes. Retrait, sinon avis défavorable, car nous devons continuer de travailler avec la Suisse. Nous avons moins de problèmes avec l'Espagne ou la Belgique. Je continuerai à travailler avec mes homologues.

Mme Véronique Guillotin. – Je ne sais pas si chacun mesure l'ampleur du phénomène. Notre territoire perd ses ressources humaines à cause d'un différentiel de salaire, qui n'existe pas avec la Belgique ou l'Espagne. Nous avons besoin d'une implication des ministres français et luxembourgeois. Des conférences intergouvernementales existent – mais c'est le préfet qui y négocie avec le Premier ministre du Luxembourg... Nous avons besoin que vous nous aidiez.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je m'y engage.

L'amendement n°1161 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1135 rectifié](#) de Mme Bourcier et alii.

Mme Laure Darcos. – Cet amendement restreint l'attribution des dotations des IFAQ aux établissements qui utilisent le DMP et l'espace numérique de santé, éléments importants de la prévention et du suivi des patients.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous avons voté tout à l'heure un amendement de la commission allant dans ce sens. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable, car satisfait. Les indicateurs du dispositif IFAQ sont définis par arrêté. L'alimentation du DMP y figure déjà.

L'amendement n°1135 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°455](#) de M. Salmon et alii.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement encourage les établissements de santé et médico-sociaux à enfin respecter l'objectif de la loi Égalim de 20 % de produits bio dans leur offre de restauration. Ils servent un million de repas par jour, ce qui en fait un levier pour augmenter les débouchés des filières bio locales, en pleine crise.

Une alimentation saine et équilibrée contribue au bien-être et à la prévention de certaines maladies.

Cet amendement introduit une logique incitative dans l'IFAQ en prenant en compte la qualité de la

restauration des établissements et leur inscription sur la plateforme « ma cantine ».

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La qualité de l'alimentation servie dans les établissements publics de santé et médico-sociaux est une préoccupation importante, pour les patients comme les personnels, mais s'intègre difficilement à l'Ifaq, qui valorise des indicateurs de prise en charge et de performance de l'organisation des soins. Les catégories d'indicateurs ont été revues et limitées en 2023 pour simplifier le dispositif. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°455 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°94 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Nous voulons lutter contre les erreurs médicamenteuses évitables en les intégrant dans l'Ifaq.

M. le président. – [Amendement identique n°256 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Marie-Pierre Richer. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°738](#) de M. Christian Redon-Sarrazy et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – On connaît la fréquence des hospitalisations, notamment de personnes âgées, liées au mélange de médicaments, parfois jusqu'à huit ou dix.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable. Cela correspond à l'esprit de la démarche Ifaq.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement est satisfait puisque la pertinence et la sécurité des pratiques médicamenteuses peuvent déjà être intégrées dans le cadre existant. Retrait, sinon avis défavorable.

Les amendements identiques n°94 rectifié ter, 256 rectifié bis et 738 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°983](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Les centres de santé publics répondent à des exigences particulières. Souvent portés par les collectivités territoriales, ils pratiquent le non-dépassement d'honoraires et le tiers payant. Ils constituent une réponse pour densifier le maillage d'accès aux soins, or ils ne sont pas suffisamment soutenus par les politiques publiques. D'où cet amendement, que nous déposons régulièrement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. L'intention est déjà satisfaite par la législation.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°983 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°733](#) de Mme Gisèle Jourda et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Cet amendement vient corriger une difficulté à laquelle les élus locaux sont confrontés.

Il prévoit que la décision formelle du médecin ne vient plus autoriser la poursuite de l'exercice du mandat en cas d'arrêt maladie, mais l'interdire si nécessaire. Ainsi, un élu placé en congé maladie pourra exercer régulièrement son mandat électif, sauf si son médecin le lui interdit expressément. Nous dissipons ainsi un flou juridique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous saluons l'engagement des élus locaux qui n'hésitent pas à se consacrer à leur mandat malgré la maladie. Avis favorable à cette inversion de la charge de la preuve.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable. La situation actuelle protège l'élu de toute pression à poursuivre l'exercice de son mandat pendant un arrêt de travail. Soyons attentifs au bien-être des élus.

Mme Marion Canalès. – Les travaux de la délégation sénatoriale ont souligné cette difficulté. Cet amendement améliorerait le statut de l'élu. La ministre pourrait donner un avis de sagesse !

M. Simon Uzenat. – Cette disposition figure dans la [proposition de loi](#) votée à l'unanimité du Sénat sur le statut de l'élu. Le Gouvernement a annoncé que ce texte serait examiné par l'Assemblée en début d'année prochaine. Nous espérons qu'il ne sera pas détricoté.

L'amendement n°733 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°996 rectifié](#) de Mme Corbière Naminzo et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Pour renforcer le financement des structures de santé en outre-mer, cet amendement revalorise le coefficient géographique dans ces territoires. Censé compenser des surcoûts spécifiques liés à des particularités locales, celui-ci reste en deçà des besoins. Entre déficits structurels et sous-investissements, la médecine outre-mer se dégrade. Comme le souligne régulièrement la Drees, la santé est plus dégradée outre-mer qu'en métropole.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'application d'un coefficient géographique prend en compte les spécificités de certains territoires, notamment ultramarins. Il est fixé chaque année. J'entends votre demande de revalorisation, mais, en droit, cet amendement est satisfait par le code de la sécurité sociale. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°996 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1229](#) de M. Iacovelli et du RDPI.

M. Xavier Iacovelli. – Dans le secteur public, notamment la fonction publique d'État, la loi garantit le plafonnement des cotisations de complémentaires santé pour les anciens agents publics de plus de 70 ans. Cela assure une stabilité des couvertures santé et limite leur exposition aux hausses de cotisations.

La [mission d'information](#) présidée par Marie-Claire Carrère-Gée, dont j'étais rapporteur, a envisagé l'extension d'une telle mesure au secteur privé. Nous demandons un rapport étudiant sa faisabilité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La pertinence du plafonnement des cotisations après un certain âge devrait faire l'objet de travaux de faisabilité, associant impérativement les partenaires sociaux.

Pour autant, c'est une demande de rapport : avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°1229 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1230](#) de M. Iacovelli et du RDPI.

M. Xavier Iacovelli. – Cet amendement, inspiré de notre rapport d'information, demande un rapport sur la création d'une complémentaire santé solidaire senior, que nous avons appelée C3S.

Les hausses des tarifs des mutuelles, combinées à l'augmentation des risques liés à l'âge, creusent les inégalités d'accès aux soins pour les retraités. Ce rapport pourrait évaluer si la mise en place d'une C3S limite ces inégalités tout en assurant une couverture santé accessible.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'excellent rapport d'information de M. Iacovelli sur les complémentaires aborde le sujet. Avons-nous besoin d'un nouveau rapport ?

Une telle évolution devra être financée et ne pas creuser la dette.

Même si le sujet mérite qu'on y travaille, avis défavorable à cette demande de rapport.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement est satisfait. De nombreux rapports sur la C2S sont en cours d'élaboration et vous seront bientôt transmis : un rapport quadriennal s'appuyant sur les travaux du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, un rapport annuel d'activité, des éléments de la Drees. Nous sommes abreuvés d'informations !

Mme Émilienne Poumirol. – Passons à l'action !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable.

M. Xavier Iacovelli. – Nous avons beaucoup de littérature sur la C2S, les seniors, les complémentaires. J'espérais, en déposant cet amendement, obtenir un engagement du Gouvernement en faveur de la C3S, ou du moins une position. Mes espoirs sont douchés...

L'amendement n°1230 est retiré.

M. le président. – [Amendement n°874 rectifié ter](#) de M. Fichet et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – C'est une demande de rapport sur la régulation de l'intérim médical.

L'amendement n°874 rectifié ter, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

Article 19

M. le président. – [Amendement n°689](#) de M. Poumirol et *alii*.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement augmente les obligations de constitution de stocks de médicaments. Je ne reviens pas sur les pénuries croissantes, objet d'un [rapport](#) de Mmes Cohen et de La Provôté. La LFSS 2020 a prévu l'obligation pour les industriels de constituer un stock de quatre mois minimum – que le décret de 2021 a réduit à deux mois. Cet amendement prévoit un stock « plancher » de quatre mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) et un stock « plafond » de huit mois.

M. le président. – [Amendement n°786 rectifié ter](#) de Mme Havet et *alii*.

M. Xavier Iacovelli. – Défendu.

L'amendement n°307 n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°1016](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – La LFSS 2020 avait consacré l'obligation pour les industriels de constituer des stocks de médicaments, mais les décrets ont revu les seuils à la baisse. Pourtant, les pénuries s'aggravent : 5 000 ruptures de stock signalées en janvier dernier !

Il faut respecter ce qui a été voté dans la LFSS 2020 et ne plus faire des planchers d'origine des plafonds.

M. le président. – [Amendement n°487 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Cet amendement prévoit que les stocks de MITM ne peuvent être inférieurs à quatre mois de couverture des besoins.

M. le président. – [Amendement identique n°795](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1017](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°1368 du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – La solution que nous avons retenue – quatre mois de stocks au plus pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur – est équilibrée, concertée et elle tient compte des contraintes des entreprises pharmaceutiques.

Le Gouvernement est toutefois prêt à travailler sur le bon niveau des stocks de sécurité, selon une approche plus individualisée. L'ANSM pourrait ainsi déroger à la baisse au niveau de stocks pour les médicaments ayant des problèmes d'approvisionnement. Je sais que l'agence fait preuve de discernement dans son dialogue avec les industriels. Laissons-lui de la souplesse.

M. le président. – [Amendement n°690](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Notre amendement vise aussi à donner de la souplesse à l'ANSM, pour augmenter les stocks de sécurité. Quant à l'amendement n°691 que nous examinerons plus tard, il alourdit les sanctions applicables aux industriels en cas de manquements répétés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ce sujet a fait l'objet d'une [commission d'enquête sénatoriale](#).

La loi prévoit que les stocks ne peuvent excéder quatre mois de couverture des besoins. Un décret précise les stocks attendus : une semaine pour l'ensemble des médicaments ; deux mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ; et quatre mois pour certains MITM en risque de rupture, selon la liste établie par le directeur général de l'ANSM.

La commission n'est pas favorable à une augmentation uniforme, qui pourrait être contre-productive au regard des difficultés d'approvisionnement et des dates de péremption.

Avis défavorable aux amendements n°s689, 786 rectifié *ter*, 487 rectifié, 795, 1017 et 1016.

Avis favorable aux amendements apportant plus de souplesse, le n°1368 du Gouvernement qui garantit un approvisionnement continu du marché national et l'amendement n°690 de Mme Poumirol pour les MITM à risque très élevé de rupture – mais il faudra l'utiliser avec parcimonie. Faisons confiance à l'ANSM.

Nous souhaitons favoriser une gestion fine des stocks et envoyer un message à l'industrie pharmaceutique.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable à tous les amendements, hormis celui du Gouvernement.

*L'amendement n°689 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s786 rectifié *ter*, 1016, 487 rectifié, 795 et 1017.*

L'amendement n°1368 est adopté, ainsi que l'amendement n°690.

M. le président. – [Amendement n°79 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Cet amendement précise que le stock de sécurité est apprécié au regard des stocks détenus par l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament, les grossistes-répartiteurs et les pharmaciens d'officine.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Selon le droit européen et le code de la santé publique, l'obligation de constituer des stocks repose sur l'exploitant. Les stocks des grossistes et des pharmaciens sont beaucoup plus fluctuants et répondent aux besoins immédiats des patients.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°79 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°81 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Mon amendement précise que la rupture d'approvisionnement ne peut être caractérisée que si le stock de sécurité n'est pas constitué et n'est pas rétabli dans les deux mois.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable.

Nous venons de voter l'amendement du Gouvernement pour une gestion plus intelligente et plus souple des stocks de sécurité.

La rupture d'approvisionnement est actuellement caractérisée par l'impossibilité pour une pharmacie de fournir un médicament dans les 72 heures. Votre redéfinition de la rupture d'approvisionnement neutraliserait largement toute la législation sur la sécurisation des médicaments que nous avons bâtie récemment.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°81 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°171](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Si la constitution de stocks de sécurité est essentielle, l'obligation légale associée et le risque de sanction servent parfois de justification, pour les industriels, afin de refuser de libérer les stocks. C'est paradoxal...

Nous prévoyons donc que le décret en Conseil d'État fixant les seuils à respecter détermine aussi les conditions de libération des stocks en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis défavorable. Votre amendement n'est pas compatible avec celui que nous venons de voter.

L'amendement n°171 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°48 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Les pénuries de médicaments sont un problème de santé publique majeur. Selon un rapport du Sénat, 37 % des Français y ont été confrontés. Le pharmacien d'officine ne peut substituer un MITM par un autre qu'en cas de rupture, alors qu'il devrait pouvoir intervenir en amont de la rupture, afin d'éviter l'aggravation de la situation.

M. le président. – [Amendement identique n°553 rectifié](#) de M. Kern et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – L'accroissement des tensions d'approvisionnement plaide pour un élargissement des actions à la main des autorités sanitaires dans le cadre d'un plan d'action gradué. Le pharmacien devrait pouvoir intervenir dès que l'ANSM a déclaré un produit en tension d'approvisionnement.

M. le président. – [Amendement identique n°1150 rectifié ter](#) de Mme Berthet et *alii*.

M. Roger Karoutchi. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'entends votre objectif – mieux prévenir les ruptures. Mais vous évoquez les tensions d'approvisionnement, qui ne font pas l'objet d'une définition dans le code de la santé publique, à la différence de la rupture d'approvisionnement. (*M. Roger Karoutchi manifeste sa désapprobation.*)

M. Alain Milon. – Il y a tension avant rupture !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Comment caractériser une tension d'approvisionnement ?

Cela aura des conséquences pour les exploitants, comme la constitution de stocks renforcés. Vous augmentez les contraintes, alors même qu'on a déjà du mal à approvisionner le marché national...

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°553 rectifié est retiré.

Les amendements identiques n°s 48 rectifié et 1150 rectifié ter ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n° 172](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement autorise le directeur de l'ANSM à soumettre les plans de gestion des pénuries (PGP) des MITM faisant l'objet de tensions régulières d'approvisionnement à des exigences renforcées. La commission d'enquête du Sénat avait relevé leur grande hétérogénéité.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°172 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°173](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement étend aux situations de risque de rupture ou de variation saisonnière la faculté qu'a le ministre de rendre obligatoire le recours à l'ordonnance conditionnelle, tout en conservant le périmètre de l'obligation de dispensation à l'unité.

En effet, la délivrance à l'unité est contraignante et chronophage, elle n'a aucun effet utile sur les traitements chroniques et elle n'est pas applicable aux formes pédiatriques et injectables. Les pharmaciens d'officine sont opposés à son extension, d'autant qu'ils ne seront pas rémunérés pour leur effort.

La commission souhaite donc réserver l'obligation de dispenser des médicaments à l'unité aux seules situations de rupture, et non pas aux situations de risque de rupture.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

M. Roger Karoutchi. – Tension n'existerait pas juridiquement, mais risque de rupture oui ? C'est très fort, madame la rapporteure... (*Sourires*)

L'amendement n°173 est adopté.

L'amendement n°318 n'est pas défendu.

L'amendement n°599 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°1176 rectifié ter](#) de Mme Evren et *alii*.

Mme Agnès Evren. – La santé des Français est une priorité absolue. Les mesures de l'article 19 sont insuffisantes. Aussi je souhaite rendre obligatoire la proposition de solutions de remplacement en cas de pénurie.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cela serait difficile à mettre en œuvre dans de nombreux cas et ne peut se faire à n'importe quel prix. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1176 rectifié ter n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°691](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre.* – Même avis.

L'amendement n°691 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°78](#) rectifié de M. Milon et *alii.*

M. Alain Milon. – Lorsqu'un laboratoire ne constitue pas le stock de sécurité obligatoire, il est sanctionné. Compte tenu des sanctions encourues et de l'ampleur des pénuries, définissons finement la responsabilité encourue : seul un manquement à l'obligation de constitution de stock de sécurité ayant entraîné une rupture d'approvisionnement effective – donc avec un impact réel sur l'accès aux soins des patients – pourrait être sanctionné.

Cette définition plus stricte responsabilisera les exploitants sans les décourager.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Ainsi modifiée, la loi ne pourrait plus sanctionner l'absence de stock que dans le cas cité. Or nous devons prévenir les risques de rupture.

Nous venons d'adopter un amendement donnant plus de souplesse à l'ANSM, suffisamment à mon sens. Ne restreignons pas ses pouvoirs.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre.* – Même avis.

L'amendement n°78 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°989 rectifié](#) de Mme Brulin et *alii.*

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet amendement alourdit les pénalités financières des entreprises pharmaceutiques qui ne respectent pas leurs obligations en matière de prévention des pénuries de médicaments – entre 0,5 et 2 % du chiffre d'affaires. C'est l'une des recommandations de la commission d'enquête sénatoriale.

M. le président. – [Amendement n°1178 rectifié bis](#) de Mme Evren et *alii.*

Mme Agnès Evren. – Garantir la disponibilité des médicaments est une question de santé publique et de souveraineté. Mais nous devons aussi tenir compte des contraintes des laboratoires, qui dépendent parfois de produits fabriqués à l'étranger. Ne sanctionnons pas les laboratoires qui parviennent à reconstituer leur stock sous un mois.

M. le président. – [Amendement n°80 rectifié](#) de M. Milon et *alii.*

M. Alain Milon. – Nous souhaitons maintenir la sanction maximale à 30 % du chiffre d'affaires et non 50 % – sauf pour les MITM – et calculer le montant de la sanction au prorata du nombre de jours de stock insuffisant, ce qui incitera les entreprises à trouver des solutions rapidement.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse.* – Retrait, sinon avis défavorable à ces trois amendements.

L'ANSM a déjà des pouvoirs de sanction renforcés. Sur les dix premiers mois de 2024, elle a prononcé quelque 8 millions d'euros de sanctions. N'allons pas au-delà, mais pas en deçà non plus...

Malgré les obligations relatives aux stocks, nous connaissons toujours des ruptures ou des risques de rupture d'approvisionnement : est-ce à dire que ces obligations ne sont pas efficaces ? Les raisons sont multiples, Mme Evren l'a dit.

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre.* – Même avis. Conservons l'équilibre du texte initial. Certains veulent en faire plus, d'autres moins. La bonne solution est peut-être au milieu... (*Sourires à droite*)

Mme Émilienne Poumirol. – Le groupe SER votera l'amendement n°989 rectifié. Huit millions d'euros de sanctions, rapportés au chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, c'est peu ! L'ANSM peut sanctionner davantage !

L'amendement n°989 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 1178 rectifié bis et 80 rectifié.

M. Philippe Mouiller. – Il est 20 heures. Compte tenu du nombre d'amendements restant à examiner, nous ne pourrions pas finir l'examen de ce texte cette nuit, sauf à examiner 32 amendements par heure pendant 5 h 30... C'est impossible.

Nous suspendrons donc à minuit trente et recommencerons à 9 h 30 demain. Si nous tenons un bon rythme, nous irons jusqu'à 13 h. Sinon, il faudra y passer la journée !

Mise au point au sujet d'un vote

M. Xavier Iacovelli. – Lors du scrutin public n°56, M. Stéphane Fouassin souhaitait voter contre.

Acte en est donné.

La séance est suspendue à 20 h 05.

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE OUZOULIAS,
VICE-PRÉSIDENT

La séance est reprise à 21 h 35.

Mise au point au sujet de votes

Mme Laure Darcos. – Aux scrutins n°s 68 et 71, Pierre-Jean Verzelen souhaitait voter pour.

Acte en est donné.

Discussion des articles
de la troisième partie (*Suite*)

Article 19 (*Suite*)

M. le président. – [Amendement n°1018](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Défendu.

L'amendement n°1018, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°693](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

M. Simon Uzenat. – Défendu.

L'amendement n°693, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°736 rectifié](#) de Mme Harribey et du groupe SER.

M. Simon Uzenat. – Cet amendement traite du prix des médicaments, trop élevé. Les entreprises pharmaceutiques expliquent qu'il est dû aux frais de R&D. Or une part non négligeable de ces frais est financée par l'argent public.

Le rapport de la [commission d'enquête](#) du Sénat sur la pénurie de médicaments appelait à une réelle transparence sur les montants d'investissements publics de R&D bénéficiant aux entreprises. Cet amendement y pourvoit, en rendant opérant le dispositif adopté dans la LFSS 2021.

M. le président. – [Amendement n°796](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Nous souhaitons en finir avec une opacité problématique. Nous voulons connaître les sommes consacrées à la recherche, à la mise sur le marché ou au marketing. Ces informations doivent devenir de notoriété publique. Les laboratoires devront transmettre les coûts de R&D et les prix pratiqués dans les autres pays. Ainsi nous pourrions mieux contrôler le prix du médicament.

M. le président. – [Amendement n°990 rectifié](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Nous proposons d'obliger les laboratoires, au-delà d'un certain prix, à rendre leurs montants de R&D publics, ainsi que leurs montants dépensés pour le marketing dans les autres pays.

La rentabilité de l'industrie pharmaceutique est particulièrement élevée. Le CIR est très utilisé par cette industrie, alors même qu'il a plus d'effets dans les PME que dans les ETI et les grandes entreprises.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces amendements contraignent les entreprises à transmettre des informations confidentielles, telles que les opérations de rachat et fusion, les dépenses en R&D, les dépenses promotionnelles, ainsi que les ventes et les volumes de remboursement en France et à l'étranger.

Pour la plupart, ces informations sont couvertes par le secret des affaires. La fixation du prix du médicament dépend surtout du progrès thérapeutique qu'il offre. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°736 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements n°796 et 990 rectifié.

M. le président. – [Amendement n°1327](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Cet amendement permet au ministre de la santé de fixer par arrêté le montant de l'indemnité à verser par l'assurance maladie pour la distribution et la dispensation de spécialités du stock État et des spécialités qui seraient achetées *via* des achats conjoints européens.

Avec les tensions et les pénuries, la France pourrait décider de rejoindre des achats groupés. Dans un contexte de pénurie, les exemples passés montrent tout l'intérêt de ces derniers.

En cas d'achats groupés, je souhaite que les conditions de rémunération des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens, tels que conçus dans le droit commun, constituent la modalité de rémunération privilégiée.

Soyons agiles, pour répondre aux urgences sanitaires.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable.

L'amendement n°1327 est adopté.

L'article 19, modifié, est adopté.

Après l'article 19

M. le président. – [Amendement n°1349](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le logiciel DP-Ruptures permet aux officines d'alerter en cas de rupture de médicament. Nous voulons consacrer l'existence de ce logiciel dans le code de la santé publique.

La collaboration entre les pouvoirs publics et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop) prendra la forme d'une convention. Sinon, le ministre pourra décider par arrêté.

Surtout, l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament devront alimenter le logiciel, sous peine de sanctions financières.

Enfin, un arrêté du ministère de la santé définira les conditions de l'obligation de suivi des stocks.

C'était une recommandation de la [commission d'enquête](#) sur la pénurie de médicaments du Sénat, qui invitait à rendre ce logiciel obligatoire et interopérable.

M. le président. – [Amendement identique n°1354](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – La rapporteure l'a très bien défendu. Nous assurons la recevabilité de la mesure.

Les amendements identiques n°s 1349 et 1354 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1380](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Afin de favoriser leur pénétration en France, et pour contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, cet amendement favorise les biosimilaires, en ramenant de deux ans à un an le délai d'inscription automatique des groupes biologiques similaires sur la liste des groupes substituables.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°1380 est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°378 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°430 rectifié quinquies](#) de M. Fouassin et *alii*.

M. Frédéric Buval. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1057 rectifié](#) de M. Chasseing et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Depuis des années, on gaspille des médicaments, notamment à domicile. Les conditionnements et les kits de pansements qui excèdent les normes en sont une cause.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Si la délivrance à l'unité peut être utile, elle n'est pas généralisable. Elle est chronophage et affaiblit la traçabilité.

D'ailleurs, je serais favorable à ce que l'on limite les prescriptions de sortie d'hôpital à sept jours. Tout le monde aurait à y gagner, y compris l'assurance maladie.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n°s 430 rectifié quinquies et 1057 rectifié ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°751](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – La pandémie de covid-19 a nécessité de multiples dérogations ; certains médicaments ont fait l'objet d'achats centralisés par Santé publique France, puis d'une mise à disposition auprès des pharmacies. Nous voulons des informations sur les contrats d'achats. Cet amendement prévoit la communication par le Gouvernement des quantités de médicaments achetés, du montant des prix, des modalités de leur évolution et des modalités de paiement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Les commissions des affaires sociales ont déjà des pouvoirs d'enquête étendus.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°751 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°764 rectifié ter](#) de Mme Canalès et *alii*.

Mme Marion Canalès. – Dans l'attente de la publication du décret désignant les CHU participant à l'expérimentation de retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, cet amendement favorise l'utilisation des dispositifs médicaux dont l'impact environnemental est réfléchi pour favoriser la transition écologique. Cela engendrerait jusqu'à 5 millions d'euros d'économies pour la sécurité sociale.

Nous avons tous tendance à aller vers le neuf, s'il est au même prix que le recyclé. Pour encourager leur utilisation, il faut que le CEPS prenne en considération l'impact environnemental des dispositifs médicaux dans la fixation du reste à charge.

M. le président. – [Amendement identique n°1216 rectifié bis](#) de M. Mandelli et *alii*.

M. Roger Karoutchi. – Défendu.

L'amendement n°1224 rectifié ter n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Si des progrès restent à faire pour réduire l'impact des dispositifs médicaux, par exemple en les remettant en état, il est préférable que la base de remboursement ne soit déterminée que par des facteurs médicaux. Il serait incompréhensible que pour deux dispositifs médicaux similaires, le plus vertueux sur le plan environnemental soit mieux remboursé que le plus pertinent sur le plan médical.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – La remise en bon état d'usage est nécessaire. J'ai demandé à mes services de s'engager résolument en ce sens. Des travaux préparatoires ont été menés avec l'Agence française de normalisation (Afnor) et les acteurs industriels. Le CEPS pourra, après la

publication des décrets, établir un prix. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Simon Uzenat. – Sans surprise, nous voterons cet amendement avec conviction.

Madame la ministre, vous avez commencé à dessiner un chemin sur la prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux réemployés.

Je voudrais évoquer le réseau coopératif Envie Autonomie qui lutte, notamment en Bretagne, contre l'exclusion de ceux qui n'ont pas les moyens de s'acheter du matériel neuf, en travaillant avec des employés en insertion.

Nous attendons les décrets depuis 2020. Cinq ans ! Un de vos prédécesseurs avait annoncé une publication au deuxième trimestre 2023, puis on nous a parlé du premier semestre 2024, avec les mêmes arguments à chaque fois.

Nous espérons vraiment que les décrets paraîtront, sinon le réseau Envie Autonomie pourrait mettre la clef sous la porte.

Mme Marion Canalès. – Madame la rapporteure, mon amendement portait sur des dispositifs médicaux à efficacité identique.

Les CHU attendent de déposer leur candidature pour expérimenter le protocole. Nous attendons le décret d'application de l'article 29 de la LFSS 2024 avec impatience.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – J'ai travaillé sur ce sujet dans de précédentes fonctions. J'ai rendu visite à une association girondine qui fait de la remise en état. C'est bon pour l'environnement et pour les personnes qui ont besoin de ces dispositifs.

Je m'engage à y travailler, et j'espère que nous n'aurons pas à attendre cinq ans de plus.

Mme Annie Le Houerou. – Nous aussi !

Les amendements identiques n^{os}764 rectifié ter et 1216 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°31 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Cet amendement prévoit un alignement des prix des différentes formes d'une même molécule en valorisant celles qui ont un impact positif sur les finances de la sécurité sociale et le système de soins dans son ensemble.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le prix des médicaments est déterminé par le progrès thérapeutique attendu. Ajouter un critère sur l'effet organisationnel du médicament n'est pas souhaitable, et l'évaluation serait très complexe. Cette question renvoie aussi à la galénique des médicaments. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°31 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°750](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement oblige les entreprises à transmettre annuellement au CEPS le montant des financements publics directs et indirects ainsi que les exonérations fiscales dont elles ont profité. Nous pourrions ainsi mieux contrôler ces financements.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Ces informations n'ont pas d'effet sur la fixation du prix du médicament. Ce que vous proposez est excessif.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°750 n'est pas adopté.

Article 20

M. le président. – [Amendement n°991](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – L'article 20 prévoit un contrôle des remboursements des dispositifs médicaux par la transmission des données de santé, ce qui remet en cause le secret médical.

Ainsi, des « tiers de confiance » deviendraient juge de la pertinence des prescriptions. C'est inquiétant.

M. le président. – [Amendement identique n°1121](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Dès la première année des études de médecine, l'étudiant apprend l'importance de la relation de confiance entre patient et prescripteur. Vous proposez une logique infantilisante, un retour en arrière. Les médecins devront rendre compte des utilisations non pertinentes de leurs patients auprès de la sécurité sociale. Menacer de dérembourser pourrait pénaliser ceux qui ont des difficultés à faire remonter leurs données. Cette mesure est paternaliste et punitive.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. La mesure contenue dans l'article ne concernera pas tous les dispositifs médicaux numériques. C'est le traitement de l'apnée du sommeil qui est visé. Son service rendu est quasi nul. Un meilleur suivi sera assuré par les prescripteurs grâce à la disposition prévue. Il faut donc la conserver.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n^{os}991 et 1121 ne sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°174 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement prévoit d'abord que la Commission

nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) se prononce sur les modalités selon lesquelles peuvent être utilisées les données collectées.

Ensuite, il fait en sorte qu'une courte sous-observance ne soit pas pénalisante.

Le prescripteur devra aussi être informé sans délai de la suspension d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Enfin, l'amendement précise que lorsque la modulation de la prise en charge est conditionnée à une utilisation effective d'un dispositif médical numérique, le refus opposé par le patient de transmettre ses données d'utilisation fera obstacle à la prise en charge.

M. le président. – [Amendement n°1316 rectifié ter](#) de M. Chaize et *alii*.

Mme Frédérique Puissat. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°797](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Nous proposons une orientation intermédiaire, vers un dispositif d'éducation thérapeutique : le prescripteur devra réévaluer la pertinence de sa prescription et réorienter le patient. N'abandonnons pas précipitamment le dispositif.

Madame la rapporteure, vous avez mentionné le traitement contre l'apnée du sommeil : voter un article sur un dispositif précis me semble disproportionné !

M. le président. – [Amendement n°496 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Les personnes souffrant de déficiences auditives peuvent être affectées à différents degrés. Les besoins peuvent être mal identifiés. Dans l'attente de données épidémiologiques précises, incluons, dans le nouveau dispositif de contrôle et de surveillance des dispositifs médicaux numériques, la possibilité d'utiliser ces données anonymisées dans des études, notamment épidémiologiques, afin d'améliorer la qualité des soins.

M. le président. – [Amendement n°1019](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1143](#) de Mme Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous proposons plutôt un meilleur accompagnement des prescripteurs. Il existe des ententes préalables de prise en charge. Près de 30 % des soins prescrits sont reconnus comme inutiles, certes, mais nous lutterons contre la surprescription et le mésusage grâce à un meilleur accompagnement, plutôt qu'en faisant courir des risques aux patients les plus vulnérables.

La Cour des comptes a recommandé d'augmenter les moyens du CEPS pour réviser la nomenclature, souvent obsolète, de ces dispositifs.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Tous les amendements sont incompatibles avec celui de la commission. Avis défavorable, sauf sur l'amendement n°174 rectifié, donc.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Sagesse sur l'amendement n°174 rectifié, malgré une petite réserve sur la suspension immédiate de la prise en charge.

Avis défavorable à tous les autres amendements.

L'amendement n°174 rectifié est adopté.

Les amendements n°s 1316 rectifié ter, 797, 496 rectifié, 1019 et 1143 n'ont plus d'objet.

M. le président. – [Amendement n°175](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement confère à l'article 20 son caractère opérationnel en supprimant la phrase qui proscrit de faire varier le taux de participation de l'assuré à la prise en charge d'un dispositif médical en fonction des données d'utilisation.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Vous souhaitez donc augmenter le taux de participation de l'assuré s'il n'utilise pas assez le dispositif médical. Cependant, la finalité de la collecte des données reste surtout une meilleure prise en charge. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°175 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1128](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – L'amendement exclut du conditionnement de la prise en charge prévue à l'article 20 les personnes atteintes d'une ALD, en situation de handicap ou bénéficiaire de l'AME, de la complémentaire santé solidaire ou de la protection universelle maladie (PUMA).

On ne peut pénaliser celles ou ceux qui auraient des difficultés à transmettre les données. Les publics les plus vulnérables ne doivent pas être victimes d'une mesure aussi paternaliste et culpabilisante !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je vous propose une autre façon de voir les choses : les publics fragiles doivent faire l'objet d'un suivi renforcé. L'intérêt reste une bonne observance du dispositif médical numérique. Mal les accompagner n'améliorera pas leur état de santé. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1128 n'est pas adopté.

L'article 20, modifié, est adopté.

Après l'article 20

M. le président. – [Amendement n°1194](#) du Gouvernement.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Nous souhaitons clarifier le périmètre de la remise en bon état d'usage (RBEU), en excluant les dispositifs médicaux en location du champ de celle-ci et en précisant le processus de certification attendu. Cela contribuerait à l'économie circulaire et générerait des économies pour l'assurance maladie. Cette mesure s'inscrit dans la continuité de celle prévue dans la LFSS 2020.

Par ailleurs, le Comité français d'accréditation (Cofrac) est la seule instance habilitée à délivrer des accréditations aux organismes d'évaluation de la conformité. Le terme de certification est le bon, non celui d'homologation. Il faut modifier ce point.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable à cet amendement technique.

L'amendement n°1194 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°425 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Cet amendement intègre aux critères de modulation de la base forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale l'apport à la qualité de vie du patient, notamment en cas de maladie chronique. Près de 11 millions de patients sont pris en charge au titre d'une ALD. Les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance participent pleinement au suivi des patients diabétiques. Revalorisons l'apport à la qualité de vie du patient, en en faisant un critère de remboursement des produits.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement est satisfait. (*M. Alain Milon en doute.*) Je vous l'assure ! Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – L'amendement est effectivement satisfait. La HAS prend en compte la qualité de vie dans les forfaits actuels. Avis défavorable.

L'amendement n°425 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1132 rectifié bis](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Les dispositifs médicaux sont les seuls biens de santé non soumis à une franchise. Créons une franchise spécifique dont le montant sera défini par décret. Cela générerait entre 250 et 380 millions d'euros pour les comptes sociaux.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le cadre des franchises a été redéfini cette année. Avis défavorable.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. – Je pourrais rejoindre l'avis de la rapporteure, mais avis de sagesse.

Cédant la place au banc des ministres à Paul Christophe, je remercie chacun d'entre vous, dont les rapporteurs et le président de la commission, pour la qualité de nos débats.

L'amendement n°1132 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1375](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes. – Cet amendement concrétise les annonces du Premier ministre du 15 novembre dernier ; il vient soulager les finances des départements, en augmentant le concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 200 millions d'euros. Le vieillissement s'accélère, or les départements sont des acteurs centraux de son accompagnement. Nous recherchons cette simplification depuis près de deux ans.

Il existe douze concours différents de la CNSA aux départements, et même treize si l'on compte le geste exceptionnel de 2024. Fusionnons cinq d'entre eux en deux concours principaux, consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Nous mettrons ainsi fin à la multiplication des remontées de données qui embolisent les services des départements.

En complément, l'enveloppe majorée des concours de la CNSA permet de garantir que les dépenses des départements seront compensées strictement à hauteur des dépenses de 2024, tout en tenant compte du geste de 250 millions d'euros autorisé par la précédente LFSS. Ce geste a permis une compensation des dépenses APA, pour presque tous les départements, à hauteur de 43 % au minimum.

Un taux de compensation stabilisé sera garanti à chacun en valeur relative, malgré une dynamique de dépenses qui n'a aucune raison de faiblir en 2025. Les prestations avaient augmenté plus que les concours destinés à les compenser, il fallait y remédier. C'était une demande relayée par beaucoup d'entre vous.

Nos règles de concours datent d'avant la création de la branche autonomie. Dans cette première étape de simplification, les concours par département seront calculés en 2025 à partir des dépenses réalisées.

Enfin, et j'en ai discuté avec le président du département de La Réunion, la dynamique étant particulièrement forte aux outre-mer, une majoration du taux de compensation est prévue pour ces territoires.

En concertation étroite avec les départements, établissons des règles partagées, lisibles et justes à partir de 2026.

M. le président. – [Sous-amendement n°1389](#) de Mme Malet et *alii*.

Mme Viviane Malet. – Inscrivons dans la loi que la majoration du taux de compensation selon les coefficients géographiques bénéficiera aux outre-mer.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'autonomie. – Cet amendement nous a été transmis tardivement, mais la commission a jugé qu'il allait dans le bon sens, en ramenant de treize à neuf le nombre des concours de la CNSA aux départements. Cette simplification est bienvenue.

Nous ne sommes pas encore aux 50 % de compensation attendus par les départements, mais nous sommes sur la bonne voie. Des réformes structurelles seront néanmoins nécessaires. Le Gouvernement a tenu compte de la situation des territoires ultramarins.

Avis favorable au sous-amendement n°1389 et à l'amendement n°1375.

M. Paul Christophe, ministre. – La réforme proposée prévoit bien un coefficient géographique. Nous nous assurerons que les taux de compensation outre-mer ne soient pas seulement maintenus, ce qui représente déjà un effort, mais augmentés de 5 %. Avis favorable au sous-amendement.

Mme Émilienne Poumirol. – Une simplification, qui ne s'en réjouirait ? C'est bienvenu pour les agents des MDPH, débordés en Haute-Garonne comme ailleurs, et pour les patients : actuellement, il faut entre quatre et six mois pour obtenir une réponse d'une MDPH.

En revanche, l'engagement initial était une compensation de 50 %, pas de 43 %. Les 200 millions d'euros annoncés ne seront pas suffisants. Dans ces conditions, les départements ne savent pas comment ils pourront exercer leurs compétences et fournir un service public de qualité. S'ils sont obligés de baisser le nombre d'heures d'APA et de prestation de compensation du handicap (PCH), ce sera une perte de service public inacceptable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – La simplification des concours était demandée ; vous l'engagez, fort bien.

Certes, 200 millions d'euros, cela peut paraître beaucoup – c'est d'ailleurs une somme importante. Mais il est plus éclairant de considérer le taux de couverture. Vous engagez-vous à assurer une couverture dynamique de ces dépenses en forte hausse ? Les départements ont besoin de perspectives.

La compensation à 43 % concerne l'APA. Il me semble que, pour la PCH, c'est 30 % : monsieur le ministre, pouvez-vous confirmer ce point ? Et quand reviendra-t-on au taux de 50 %, comme au moment du transfert de la compétence aux départements ?

M. Paul Christophe, ministre. – La trajectoire vers les 50 % a pour échéance 2030. Je pose la première pierre avec ces 200 millions d'euros supplémentaires.

La compensation se fonde sur les dépenses réalisées. Jusqu'à présent, la somme était répartie avec une lisibilité très faible. C'est un vrai changement.

Cette réforme nécessitera des échanges avec les départements dans le cadre de la conférence des financeurs, pour rétablir une confiance qui s'était quelque peu érodée.

Mme Émilienne Poumirol. – Pour le moins...

Mme Raymonde Poncet Monge. – Et la PCH ?

Le sous-amendement n°1389 est adopté.

L'amendement n°1375, sous-amendé, est adopté et devient un article additionnel.

Article 21

Mme Anne Souyris. – Cet article augmente le nombre de départements participant à l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance dans les Ehpad et les unités de soins de longue durée (USLD).

Quel dommage qu'aucune mesure structurante ne soit prévue pour les Ehpad ! Vous auriez pu vous inspirer du récent [rapport](#) que j'ai coécrit avec Mmes Nadille et Deseyne. La très grande majorité des Ehpad sont dans une situation financière dramatique. Pas moins de 85 % des Ehpad publics hospitaliers sont en déficit.

L'aide exceptionnelle de 100 millions d'euros prévue par le Gouvernement est mieux que rien, mais ne suffira pas. Il faut de nouveaux financements, et une journée de solidarité n'est, de loin, pas à la hauteur des besoins. Dans notre rapport, nous proposons notamment un fonds vert pour soutenir l'adaptation des locaux au changement climatique. Hélas, la loi Grand Âge n'est qu'un triste Godot que nous n'en finissons plus d'attendre...

Espérons que la fusion des sections sera rapidement généralisée.

M. le président. – [Amendement n°176](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la branche autonomie. – Nous proposons de réduire de deux à quatre ans la durée de l'expérimentation relative au financement des Ehpad prévue par la LFSS 2024. Il n'est pas nécessaire d'attendre 2029, tous les acteurs étant convaincus du bien-fondé d'une généralisation rapide.

L'amendement identique n°538 rectifié ter n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°802 rectifié](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous appelons de nos vœux la réduction à deux ans de la durée de l'expérimentation de la fusion des forfaits soins et dépendance, pour que la question de sa pérennisation, après évaluation, soit posée dès 2027.

Le modèle économique des Ehpad est obsolète. L'amorce du virage domiciliaire et les progrès du soin à domicile retardent l'entrée en Ehpad. La distinction entre soin et accompagnement de l'autonomie s'efface.

Le Haut Conseil de la famille a réitéré ses interrogations sur la lenteur de la montée en charge de la réforme. Le caractère optionnel de cette dernière est contradictoire avec l'objectif de simplification. Dans son avis pour 2025, le Haut Conseil regrette aussi que le modèle des Ehpad ne soit pas davantage réinterrogé.

Allons plus vite !

M. le président. – [Amendement identique n°1292 rectifié](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – L'article 79 de la LFSS 24 a prévu que cette expérimentation dure quatre ans et soit ouverte à vingt départements au plus, mais vingt-trois départements se sont portés volontaires, encore rejoints par d'autres. Plus du quart des départements sont donc déjà intéressés. Il convient de réduire la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans, par souci d'équité territoriale et d'efficacité des politiques publiques.

M. le président. – [Amendement identique n°1340](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Cet amendement couvre les amendements qui lui sont identiques. Nous soutenons le passage à deux ans.

M. le président. – [Amendement n°490 rectifié](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Il s'agit aussi de réduire la durée de l'expérimentation à deux ans. Nous connaissons tous des Ehpad aux abois. Nous sommes impatients de connaître les résultats de l'expérimentation, car il y a urgence à trouver des solutions. La directrice de l'Ehpad dont je suis membre du conseil d'administration voit avec angoisse son déficit s'aggraver : elle n'a pas choisi d'exercer cette fonction pour vivre cela.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable à l'amendement n°490 rectifié, sous réserve de sa rectification pour le rendre identique à celui de la commission et aux autres amendements identiques.

Mme Laure Darcos. – J'accepte la modification.

M. Paul Christophe, ministre. – Avis favorable, donc.

Les amendements identiques n°s 176, 802 rectifié, 1292 rectifié, 1340 et 490 rectifié bis sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°1188 rectifié](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – C'est un amendement de couverture des deux suivants.

M. le président. – [Amendement identique n°1281](#) de Mme Nadille.

Mme Solanges Nadille. – Cet amendement assure que la garantie de ressources dont bénéficient les résidents d'Ehpad ou d'USLD admis à l'aide sociale à l'hébergement continue à s'appliquer dans les départements expérimentateurs.

M. le président. – [Amendement identique n°1350](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Cette coordination est nécessaire pour que les garanties de ressources continuent de s'appliquer dans les départements participant à l'expérimentation.

Mme Annie Le Houerou. – Nous n'avons pas déposé d'amendement identique, mais sommes favorables à la mesure.

Les amendements identiques n°s 1188 rectifié, 1281 et 1350 sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°1374](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Cet amendement assure l'articulation entre l'expérimentation de la fusion des sections et la refonte de l'architecture des concours de la CNSA. Les départements expérimentateurs n'auront plus à financer l'APA en établissement. Les concours qui leur sont versés par la CNSA sont donc minorés. Les modalités de calcul seront précisées par voie réglementaire. Cela ne modifie en rien les engagements financiers pris avec les départements expérimentateurs : la parole de l'État sera tenue.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable à cet amendement qui garantit que les départements expérimentateurs ne seront pas perdants financièrement.

L'amendement n°1374 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°617 rectifié](#) de M. Grosvalet et *alii*.

M. Michel Masset. – Nous voulons décaler du 31 octobre au 15 novembre la date limite de délibération des départements souhaitant participer à l'expérimentation. Certaines informations nécessaires à l'instruction de cette délibération ont été reçues tardivement. Je pense en particulier à un département, qui ne les a reçues que le 12 octobre.

M. le président. – [Amendement identique n°632 rectifié bis](#) de M. Capocanellas et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1339](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Amendement de couverture.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable.

Les amendements identiques n°s 617 rectifié, 632 rectifié bis et 1339 sont adoptés.

M. le président. – [Amendement n°1193](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – L'expérimentation était réservée initialement à dix départements, puis leur nombre a été porté à vingt, et enfin vingt-trois. Cet amendement désigne les vingt-trois participants.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n°1193 est adopté.

L'article 21, modifié, est adopté.

Après l'article 21

M. le président. – [Amendement n°509 rectifié bis](#) de Mme Guidez et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – La conférence nationale du handicap de 2023 a prévu la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce. Dans ce cadre, la LFSS 2024 a instauré un nouveau parcours pour les enfants de moins de 6 ans susceptibles de présenter un trouble du neurodéveloppement. Il convient d'articuler ce parcours avec l'action des centres d'action médico-sociale précoce (Camsp) et des plateformes de coordination et d'orientation. Les enfants concernés par le nouveau parcours doivent avoir entre 0 à 6 ans révolus, et non 5 ans révolus, en cohérence avec la tranche qui s'applique aux deux autres acteurs.

M. le président. – [Amendement identique n°1191 rectifié](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Cette précision est importante. Je salue le travail de Mme Guidez sur les troubles du neurodéveloppement.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable.

Les amendements identiques n°509 rectifié bis et 1191 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1046 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Cet amendement reprend l'une des recommandations du rapport du Sénat sur les Ehpad. Il est temps de reconnaître le statut d'infirmier diplômé d'État coordonnateur (Idec).

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – En effet, cette fonction est essentielle au fonctionnement des Ehpad, d'autant plus avec la pénurie de médecins coordonnateurs. Ils seraient entre 6 000 et 10 000 à encadrer les soins et à coordonner les équipes. Avis favorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Oui, les Idec jouent un rôle fondamental. Ils font l'objet d'une mesure de la feuille de route ministérielle sur les Ehpad et les USLD. Mes services travaillent sur un projet de texte réglementaire pour reconnaître leur place. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Alain Milon. – Je suis de l'avis de M. le ministre. Je me pose beaucoup de questions sur ce nouveau métier et son articulation avec celui des infirmières soignantes. Il faut aller plus loin dans l'analyse du métier, sachant que, sur le terrain, on manque d'infirmières.

L'amendement n°1046 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°660 rectifié](#) de M. Fichet et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement encadre la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles, comme les Ehpad et les crèches. Les dérives observées ces dernières années sont alarmantes. En particulier, Victor Castanet a mis en lumière des pratiques indignes : rationnement des repas, espacement des changements de couches, maltraitements divers. Des opérateurs privés à but lucratif se sont lancés dans une quête effrénée de profits. Il faut s'interroger sur l'opportunité même de confier des pans entiers de nos politiques publiques à de tels acteurs. En attendant, fixons des limites en conditionnant le soutien public à une recherche raisonnable de bénéfice.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Cette disposition se répercuterait sur la prise en charge des usagers des établissements privés. Par ailleurs, comment définir une recherche raisonnable du bénéfice ? Il me semble que ce n'est pas aux pouvoirs publics d'en décider.

M. Paul Christophe, ministre. – Le Gouvernement a choisi d'autres options pour mieux contrôler les Ehpad. La LFSS 2023 a étendu les possibilités de contrôle des ARS et des départements, mais aussi des inspections générales et de la Cour des comptes. Les contrôles s'appuient sur la comptabilité analytique des établissements. La CNSA peut remonter jusqu'aux groupes et les sanctions financières ont été portées de 1 à 5 % du chiffre d'affaires. Avis défavorable.

L'amendement n°660 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°679](#) de M. Fichet et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Nous voulons contraindre le financement des Ehpad au respect de certaines règles, pour un fonctionnement plus éthique. Nous nous appuyons notamment sur la certification « entreprise solidaire d'utilité sociale », qui interdit les écarts de salaire excédant un rapport de 1 à 9.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Cet amendement n'aura aucun effet sur la qualité du service rendu, notre premier objectif. D'autre part,

j'estime que le législateur n'a pas à s'immiscer dans les modalités de rémunération des salariés. Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Il faut certainement lutter contre les abus. Mais votre amendement risquerait de fragiliser la pérennité de certains établissements, par exemple en territoire frontalier. En outre, sa mise en œuvre serait complexe, des conventions collectives encadrant déjà la rémunération des cadres. Avis défavorable.

L'amendement n°679 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1386 rectifié](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Amendement de couverture.

M. le président. – [Amendement identique n°1390](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Cet amendement prévoit une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros pour les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées confrontés à des difficultés financières. C'est la reconduction de l'aide d'urgence de l'an dernier.

Pour améliorer la situation des établissements à plus long terme, des réformes structurelles seront néanmoins nécessaires. Nous espérons pouvoir en débattre prochainement à l'occasion d'une loi Grand Âge.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cent millions, c'est évidemment bon à prendre... Le sous-objectif national de dépense dont nous parlons s'intitule « établissements et services pour personnes âgées ». Or les services domiciliaires n'ont perçu aucun crédit d'urgence l'année dernière, alors qu'ils sont dans une situation d'autant plus catastrophique que leurs déficits sont plus anciens que ceux des établissements. Nous avons besoin d'eux pour réussir le virage domiciliaire.

Lors de la journée « Les vieux méritent mieux », les services domiciliaires se sont massivement mobilisés. Donnez 100 millions d'euros aux établissements, mais n'oubliez pas les services à domicile !

Mme Monique Lubin. – Cent millions d'euros, cela ne fait jamais qu'1 million par département. Cette année, le département des Landes, qui est loin d'être parmi les plus riches, mobilise 8 millions d'euros.

M. Paul Christophe, ministre. – Je salue le travail mené dans le cadre de la mission d'information de la commission des affaires sociales.

Les problèmes sont connus. D'abord, les taux d'occupation n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant la crise sanitaire. Nous devons faire des Ehpad des lieux de vie et de bien-vivre. (*Mme Annie Le Houerou esquisse une moue dubitative.*)

Autre difficulté, les tarifs d'hébergement n'ont pas toujours suivi l'inflation. Plus de 50 % du financement des Ehpad ne dépend pas de la sécurité sociale, et c'est là qu'on trouve les déficits. J'ai demandé à mon administration de lancer des concertations. Les décrets paraîtront début 2025.

La fusion des sections soins et dépendance sera un gage de meilleure égalité de traitement de nos concitoyens sur tout le territoire. Je remercie les vingt-trois départements candidats à l'expérimentation.

Enfin, l'aide exceptionnelle de 100 millions d'euros est reconduite pour 2025.

Ces amendements traduisent une volonté partagée.

Madame Poncet Monge, l'objectif global de dépenses ne finance pas les services autonomie à domicile, mais les services de soins infirmiers à domicile.

Les amendements identiques nos 1386 rectifié et 1390 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°876 rectifié ter](#) de M. Fichet et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Les prestataires de services et les distributeurs de matériel assurent des fonctions logistiques qui peuvent s'accompagner de services. Or ils ne sont pas astreints aux exigences applicables aux activités de soins. Nous proposons d'encadrer et clarifier les missions de ces professionnels pour une meilleure lisibilité.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Les prestataires de services et distributeurs de matériels proposent des services variés, de la simple livraison de matériel au télésuivi de l'observance des traitements. En 2018, la prise en charge de leurs services par l'assurance maladie représentait 6,4 milliards d'euros. Un encadrement est donc justifié, mais une trop forte restriction de leurs missions n'est pas souhaitable. Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Cet amendement est satisfait. Avis défavorable.

L'amendement n°876 rectifié ter n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1189](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Amendement de couverture.

M. le président. – [Amendement identique n°1231](#) de Mme Nadille et du RDPI.

Mme Solanges Nadille. – Pour simplifier les démarches, et dans un souci de bon sens, cet amendement facilite le recours aux professionnels de santé libéraux au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Nos concitoyens sont confrontés à

des non-sens administratifs qui leur font perdre un temps précieux. En l'occurrence, le temps perdu peut avoir des conséquences sur la qualité du service rendu.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – C'est une simplification bienvenue : avis favorable.

Les amendements identiques n^{os} 1189 et 1231 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°1090 rectifié bis](#) de Mme Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. – La [loi TND](#), visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neurodéveloppement, prévoit un décret d'application pour pérenniser l'expérimentation du relayage du proche aidant, qui devait être pris au 1^{er} janvier 2025. Or la loi n'ayant été définitivement adoptée qu'en octobre, pour cause de dissolution, il faut donc décaler de trois mois l'entrée en vigueur de son article 9, pour préparer la généralisation du dispositif.

Il s'agit également de permettre aux structures proposant déjà ces prestations de continuer à le mettre en œuvre en bénéficiant du soutien de la CNSA. (*Mme Nadia Sollogoub applaudit.*)

M. le président. – [Amendement identique n°1310 rectifié](#) du Gouvernement.

M. Paul Christophe, ministre. – Ce léger report nous permettra de publier le décret pour sécuriser la pérennisation du relayage.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Il s'agit de se prémunir contre des ruptures de prise en charge. Nous veillerons à ce que cela ne dure pas trop. Avis favorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je me suis réjouie de l'adoption de la loi. L'expérimentation du relayage du proche aidant dure depuis cinq ans, elle a déjà été prolongée à deux reprises !

La CNSA a aidé les expérimentateurs. Mais après ? *Quid* du financement de sa généralisation ? Il faudra flécher un modèle de financement *ad hoc*.

En 2017, la députée Joëlle Huillier appelait à rendre le reste à charge soutenable. Le modèle est pertinent, mais coûteux et difficile à financer.

Nous vous avons donné trois mois de plus pour le décret. Prévoyez un mode de financement adéquat. Le baluchonnage doit pouvoir se développer.

Les amendements identiques n^{os} 1090 rectifié bis et 1310 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°235 rectifié](#) de M. Pla et *alii*.

Mme Catherine Conconne. – Il s'agit d'une demande de rapport, qui sera peut-être utile à la future

loi grand âge. Allons-nous continuer à ne pas voir la situation alarmante des Ehpad ? Les déficits chroniques, ce sont des personnes âgées en carence de soins, ou d'alimentation...

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Nous avons remis en septembre, avec Mmes Souyris et Nadille, un [rapport](#) sur la situation des Ehpad. Le sujet est très étayé, nous connaissons les causes de leurs difficultés et proposons des pistes de réflexion. La loi grand âge apportera des réponses.

S'agissant d'une demande de rapport, avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – La situation est suffisamment documentée – encore récemment par le Sénat, avec à-propos. L'accompagnement financier des Ehpad passe par la transformation des financements mais aussi par la transformation de l'offre. L'idée est davantage de bien vivre que de bien vieillir. Avis défavorable.

L'amendement n°235 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°237 rectifié](#) de M. Pla et *alii*.

Mme Monique Lubin. – Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont dans une situation financière délicate. Leurs dirigeants ont fait remonter des difficultés concrètes aux parlementaires.

Outre l'augmentation des salaires et des charges, l'inflation a pesé lourdement sur ces établissements. Les tarifs n'ont pas été revus à la hausse depuis longtemps. Cet amendement demande un rapport sur l'effet de l'inflation sur ces établissements.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Je vous renvoie aux travaux de notre commission. Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Même avis, pour les mêmes raisons.

L'amendement n°237 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°803](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement d'appel demande un rapport sur la possibilité d'obliger les Ehpad privés à but lucratif à avoir un nombre minimal de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

Selon la Drees, dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement sur l'ensemble de leurs places, mais seulement 4 % des Ehpad privés à but lucratif. Au total, seules 14 % des places dans le secteur à but lucratif sont habilitées.

Quand obligera-t-on le secteur privé lucratif à compter des places pour l'ASH ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – L'habilitation à l'aide sociale est décidée par le département. Le taux de couverture en nombre de places habilitées est de 73 %, bien au-delà des besoins identifiés. Avis défavorable.

L'amendement n°803 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°804](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous demandons un rapport sur le sous-financement subi par les établissements privés à but non lucratif dans le cadre de l'extension de la prime Ségur.

Les organismes gestionnaires sont nombreux à demander une réévaluation de leur dotation annuelle. Les treize fédérations qui ont organisé « Les Vieux méritent mieux » estiment qu'il faut 1,1 milliard d'euros immédiatement pour seulement sortir la tête de l'eau.

Les primes Ségur et apparentés sont durablement sous-compensés par les financeurs du secteur, ce qui creuse le déficit de ces structures.

Le Gouvernement doit dresser un état des lieux des difficultés rencontrées par ces établissements, qui devraient aussi identifier des financeurs n'ayant pas respecté leurs obligations de financement.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Il serait intéressant de connaître les effets des mesures de revalorisation de ces dernières années, mais le problème du manque d'attractivité de ces métiers touche à de plus larges enjeux.

La non-compensation des revalorisations pose problème dans plusieurs départements. La problématique est bien identifiée.

Il s'agit d'une demande de rapport, avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Les revalorisations du Ségur ont représenté un effort historique de 11 milliards d'euros bénéficiant à de très nombreux professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social. Ce montant a été calculé à partir de données statistiques robustes et a intégré différents paramètres pour calculer les compensations.

La sécurité sociale a déployé les financements nécessaires pour l'accord du 4 juin 2024 pour les personnels ayant bénéficié du Ségur, avec 300 millions d'euros pour le médico-social dès cette année. L'État a rempli sa partie.

Pour le reste, je vous renvoie au rapport remis au Parlement en application de l'article 83 de la LFSS 2023, ainsi qu'aux annexes du PLFSS. La remise d'un nouveau rapport n'est pas nécessaire. Avis défavorable.

L'amendement n°804 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°805](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il y a le sous-compensé, et le pas-du-tout-donné ! Nous demandons un rapport, car nous ne pouvons pas faire autrement, sur la nécessité d'étendre les revalorisations Ségur et Laforcade à toutes les fonctions publiques exerçant au sein d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux.

Avant le Ségur, les rémunérations étaient alignées. Après, les professionnels des SAD, Ssiad et Spasad (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) ont à nouveau eu un différentiel important par rapport aux autres établissements. L'égalité de traitement aura été de courte durée.

Le décalage de rémunération atteint 176 euros pour une aide-soignante à l'embauche, ce qui a un impact sur le recrutement et la fidélisation des professionnels. L'aide à domicile a été déstabilisée : on a transféré une partie de la pénurie d'un secteur à l'autre.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Certains professionnels ont pu être exclus des revalorisations. Pour autant, n'occultons pas les efforts fournis à cette occasion. Le renforcement de l'attractivité passe aussi par une réforme plus structurelle du champ de l'autonomie et un travail sur la formation. Cette demande de rapport reçoit un avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Même avis pour les mêmes raisons.

Mme Annie Le Houerou. – Je m'associe à cette alerte. Il y a une différence de traitement entre des professionnels qui exercent exactement le même métier : certains bénéficient du Ségur, d'autres non. Cette concurrence est inacceptable. Monsieur le ministre, portez une attention très particulière à ces établissements pour qu'il n'y ait plus d'exclus du Ségur. Il faut aller jusqu'au bout pour que l'ensemble des professionnels du soin auprès des personnes âgées bénéficie des mêmes compensations financières.

L'amendement n°805 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°806](#) de Mme Poncet-Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – C'est un amendement du futur. Nous demandons un rapport sur la création d'une prestation unique de l'autonomie, faisant converger l'APA et la PCH, quels que soient les publics, handicap et vieillesse.

Lorsque le diagnostic intervient au-delà de 60 ans, la personne malade ne peut plus bénéficier de la PCH et l'APA est loin de couvrir ses besoins. Depuis la [proposition de loi](#) adoptée au Sénat, les personnes atteintes de la maladie de Charcot pourront bénéficier de la PCH mais on ne va pas voter des textes de loi pour chaque maladie !

Il est temps d'étudier la feuille de route et le coût pour une prestation unique au sein de la branche autonomie. Ouvrez le chantier !

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Quelle inflation de demandes de rapport ! Les ministères ne se concentreraient plus que sur la production de ces rapports... (*Protestations à gauche*) Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – Une certaine convergence a été opérée entre l'APA et la PCH ces dernières années, avec un tarif minimal commun pour les prestations des SAD. Le contrôle d'effectivité se fait sur une période identique de six mois.

La PCH obéit en revanche à une condition d'âge : il faut avoir eu un handicap avant 60 ans. La PCH est plus favorable que l'APA car elle concerne des parcours de vie touchés plus précocement par le handicap – avec les conséquences que cela entraîne sur les revenus.

Votre assemblée a voté à l'unanimité une proposition de loi visant à lever cette barrière pour les patients atteints de la maladie de Charcot, dont on connaît les caractéristiques particulières.

Je ne peux que comprendre l'ambition de convergence, mais nous devons aussi reconnaître qu'une suppression de l'APA au profit de la PCH ne serait pas soutenable financièrement pour les départements. Le rapport Libault comme l'Igas n'ont pas remis en cause leur distinction.

La situation patrimoniale et le revenu de personnes âgées et de personnes affectées jeunes par le handicap n'ont rien à voir. Au demeurant, la barrière des 60 ans a été assouplie notamment pour les personnes menant une activité professionnelle au-delà de cet âge.

Un nouveau rapport n'est pas pertinent. Avis défavorable.

L'amendement n°806 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°1215](#) de M. Gillé et *alii*

Mme Émilienne Poumirol. – Encore une demande de rapport - mais vous avez compris l'astuce. Cet amendement est un moyen pour nous d'interpeller le Gouvernement sur la retraite des sapeurs-pompiers volontaires. La [loi du 14 avril 2023](#) a entériné la bonification des trimestres de retraite pour les sapeurs-pompiers volontaires ayant exercé plus de dix ans. Le décret est attendu depuis dix-huit mois. Les sapeurs-pompiers volontaires, pilier de notre sécurité civile, ont besoin de notre reconnaissance, au-delà des discours pour les fêtes de la Sainte-Barbe ! Dites à votre collègue du ministère de l'intérieur que nous attendons impatiemment ce décret.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Vous vouliez interpeller le Gouvernement et l'avez fait. La demande de rapport ne se justifie pas. Avis défavorable.

M. Paul Christophe, ministre. – J'ai entendu l'interpellation. J'ai moi-même défendu la loi du 14 avril 2023 et je suis attentif à ce que les décrets soient publiés dans les plus brefs délais. Nous ne sommes là

que depuis peu et reprenons les dossiers en souffrance. (*Exclamations sur les travées du groupe SER*) Avis défavorable.

L'amendement n°1215 n'est pas adopté.

Mme Émilienne Poumirol. – On compte sur vous.

M. le président. – [Amendement n°1283 rectifié](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – Je présente deux demandes de rapport sur les Ehpad. Celui-ci demande une meilleure transparence des dépenses allouées à la transition écologique, pour un meilleur suivi des investissements réalisés en vue de réduire l'impact environnemental des établissements.

M. le président. – [Amendement n°1287](#) de Mme Nadille et *alii*.

Mme Solanges Nadille. – Les Ehpad privés bénéficient d'allègements dont ne bénéficient pas les Ehpad publics. Il s'agit d'identifier les différents régimes applicables en matière de taxe, afin de neutraliser les différences.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Les investissements environnementaux sont un sujet important, que nous abordons dans notre rapport. Cela a un effet sur les dépenses d'énergie, mais aussi sur le confort et le bien-être des résidents.

Vous connaissez la position de la commission sur les rapports. Avis défavorable à l'amendement n°1283 rectifié.

Les différences de coûts salariaux entre Ehpad publics et privés sont documentées. Chaque année, nous sommes interpellés par les acteurs des Ehpad publics qui dénoncent cette distorsion, mais cela ne nécessite pas un rapport. Avis défavorable à l'amendement n°1287

M. Paul Christophe, ministre. – Dans le cadre du Ségur, le soutien à l'investissement immobilier a permis de créer, rénover ou transformer Ehpad, résidences autonomie ou habitats inclusifs. Près d'un milliard d'euros y est consacré. Le PLFSS prévoit en outre 140 millions d'euros supplémentaires pour l'isolation et la réduction des dépenses d'énergie.

Nous finançons également des conseillers et coordinateurs en transition énergétique et écologique en santé, dont l'action a fait baisser de 13 % en moyenne la consommation des établissements suivis.

Le PLFSS prévoit une aide de 100 millions d'euros destinée à la mobilité des aides à domicile et je travaillerai avec les départements pour favoriser le déploiement de flottes de véhicules propres.

La CNSA mène un travail important sur la décarbonation, en incluant les enjeux d'alimentation, notamment avec le Shift Project.

Avis défavorable à l'amendement n°1283 rectifié.

Sagesse sur l'amendement n°1287. Le Gouvernement s'engage à faire en 2025 un bilan de l'impact du différentiel de charges.

L'amendement n°1283 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1287.

Article 22

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Dans le contexte de colère agricole, cet article 22 est une bonne nouvelle. Nous avons soutenu la [loi Dive](#) visant à calculer les pensions agricoles sur les 25 meilleures années, mais nous regrettons que la réforme ne soit mise en œuvre qu'en 2028, et non en 2026 comme nous l'avions voté.

Le Gouvernement recule de deux ans la mise en œuvre, mais prévoit le versement anticipé des pensions de retraite sur le calcul des 25 meilleures années. N'y a-t-il pas un risque d'indus ou de trop-perçus ? Pourquoi ne pas respecter la loi que le Sénat a votée à l'unanimité, qui prévoyait une mise en œuvre en 2026 ? L'effet rétroactif concernera-t-il aussi les pensions de réversion ?

Mme Cécile Cukierman. – Très bien.

M. Philippe Mouiller, *président de la commission des affaires sociales.* – L'amendement n°1403 de la rapporteure avance la date de mise en œuvre de la réforme. Il risquait de se heurter à l'article 40 – nous venons tout juste d'avoir la réponse de la commission des finances, c'est pourquoi l'amendement n'apparaît que maintenant dans le dérouleur. Je voulais être transparent.

M. le président. – [Amendement n°1387](#) du Gouvernement.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, *ministre du travail et de l'emploi.* – L'article 22 aligne le mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles sur le régime général et procède à des aménagements dans le code rural en ce sens.

La majorité des dispositions de cet amendement corrigent des erreurs matérielles.

Il tire les conséquences de la mise en place d'une assiette de cotisation unique quel que soit le statut, et assure également une coordination législative avec le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Mme Pascale Gruny, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour la branche vieillesse.* – Cet amendement apporte des améliorations rédactionnelles que nous avons travaillées de concert avec le Gouvernement. Il étend les nouvelles modalités de calcul de la durée maximale de cinq ans pendant laquelle une personne peut exercer une activité non salariée agricole en qualité de conjoint collaborateur aux personnes qui disposent de ce statut à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 1^{er} janvier

2025. Notre commission avait voté cette mesure, mais s'était heurtée à l'article 40. Avis favorable.

L'amendement n°1387 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1395](#) du Gouvernement.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, *ministre.* – Cet amendement précise que les aides familiaux qui poursuivent une activité sur l'exploitation au-delà de la limite de cinq ans sont réputés l'avoir fait sous le statut de salarié. Cela clarifie leur statut et leur garantit une protection juridique et sociale.

Mme Pascale Gruny, *rapporteur.* – L'amendement a été déposé aujourd'hui même, la commission n'a donc pas pu se réunir.

Il sécurise la situation des aides familiaux agricoles qui, faute d'avoir opté pour un autre statut à l'issue des cinq ans, seraient sinon dans une situation de travail dissimulé. À titre personnel, avis favorable ; la commission l'avait déjà voté.

L'amendement n°1395 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1205 rectifié](#) du Gouvernement.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, *ministre.* – Il s'agit de calculer une partie de la pension des non-salariés agricoles en fonction d'une sélection des meilleures années antérieures à 2016, dès le 1^{er} janvier 2026.

Il avait été envisagé que les pensions liquidées en 2026 et 2027 seraient calculées de manière provisoire selon les modalités en vigueur. Le recalcul que nous vous proposons s'accompagne d'une clause de sauvegarde avec des rappels de pension si les calculs pour 2028 se révélaient supérieurs.

M. le président. – [Amendement n°409 rectifié](#) de M. Menonville et *alii*.

M. Olivier Henno. – Les retraités de 2026-27 verront leurs pensions calculées comme avant, et régularisées en 2028, mais la réforme doit être menée dans les meilleurs délais. Cet amendement avance la bascule à 2026. Il est financièrement équilibré : 14 millions d'euros en 2026, 37 millions en 2027 et 62 millions en 2028.

M. le président. – [Amendement n°1403](#) de Mme Gruny, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Pascale Gruny, *rapporteur.* – Retrait, sinon avis défavorable à l'amendement n°409 rectifié, auquel l'amendement du Gouvernement et le mien répondent.

Je me félicite que cette réforme, que nous attendons depuis de nombreuses années, aboutisse enfin. C'est pourquoi nous serons favorables à l'amendement n°1205 rectifié du Gouvernement.

Les pensions seront calculées sur les 25 meilleures années de revenus. Les polypensionnés, qui représentent plus de 80 % des pensionnés, seront

gagnants. Les monopensionnés seront également gagnants, car leurs pensions seront plus élevées qu'actuellement. Ceux dont les revenus sont les plus faibles ne subiront pas de perte, car ils seront rattrapés par la revalorisation de la pension majorée de référence sur le minimum contributif.

Le Parlement a voté à deux reprises l'entrée en vigueur de la réforme en 2026, *via* la loi Dive de 2023, puis la [proposition de loi](#) de Philippe Mouiller, adoptée à l'unanimité par le Sénat.

La MSA ne gardant pas l'historique des revenus convertis en points avant 2016, toutes les années cotisées avant 2016 seront liquidées sur la base des points et non des revenus.

Les systèmes informatiques de liquidation doivent être révisés pour prendre en compte les informations émanant d'autres régimes, car les agriculteurs ont parfois été aides familiaux, salariés agricoles, ou salariés de l'agroalimentaire. Les pensions liquidées en 2026 et en 2027 le seront selon le droit existant.

L'amendement n°1205 rectifié du Gouvernement est une avancée. Restera ensuite à ajuster les pensions des polypensionnés.

La clause de sauvegarde prévoit que le 31 décembre 2028 au plus tard, les pensions seront recalculées pour être liquidées selon le droit réformé. Si la pension recalculée est supérieure, la différence sera restituée. En revanche, dans le cas inverse, l'indu ne sera pas réclamé.

Mon amendement réduit cette clause de sauvegarde de neuf mois. Nous devons tout faire pour que les agriculteurs bénéficient au plus vite de cette réforme.

Madame la ministre, c'est le 1^{er} janvier 2026 que vous devez avoir en tête. Seulement 10 % des dossiers posent une difficulté. La MSA et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) sont prêtes. On en parle depuis quatre ans ; pourquoi attendre davantage ? Avant-hier, la ministre de l'agriculture l'a redit : 1^{er} janvier 2026 !

C'est un message fort envoyé aux futurs retraités, mais surtout aux jeunes agriculteurs qui hésitent à reprendre une ferme. Nous avons besoin d'eux, pour notre alimentation. Madame la ministre, je vous demande de suivre ce dossier. Le Sénat sera très vigilant.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. – La MSA considère que l'échéance de révision des pensions à 2026 peut être tenue pour 90 % des non-salariés agricoles. Les 10 % restants verront leur situation réglée en 2028, avec effet rétroactif. C'est un engagement très ambitieux et le Gouvernement sera attentif à ce qu'il soit tenu. Sagesse.

L'amendement n°1205 rectifié est adopté.

L'amendement n°409 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°1403 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°674](#) de M. Lurel et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Notre groupe se réjouit également de la mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} janvier 2026.

Cet amendement de Victorin Lurel vise à supprimer l'habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures relatives aux pensions de vieillesse et de réversion des non-salariés agricoles outre-mer. C'est la prolongation de l'habilitation prévue à l'article 26 du PLFSS 2024 sur la réforme de l'assiette. Le Gouvernement doit présenter les adaptations envisagées dans le corps de la loi.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Avis défavorable. Le Gouvernement a été habilité à légiférer par ordonnance pour appliquer aux outre-mer la réforme de l'assiette prévue dans la LFSS 2024, avec le calcul en fonction des 25 meilleures années. Ce PLFSS aligne donc les délais de ces deux habilitations.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. – Même avis.

L'amendement n°674 n'est pas adopté.

L'article 22, modifié, est adopté.

Après l'article 22

M. le président. – [Amendement n°1171 rectifié](#) de M. Capus et *alii*.

Mme Laure Darcos. – La réforme des retraites de 2023 a décalé l'âge de départ à 64 ans. Mais nous savions que cette réforme paramétrique ne serait pas suffisante. Étudions la possibilité d'un nouveau modèle de financement des pensions pour les salariés et les indépendants par capitalisation collective.

Mme Cécile Cukierman. – Magique !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Il s'agit d'une demande de rapport, donc avis défavorable.

Oui, nous devons réfléchir à la capitalisation, mais écrivons nous-mêmes ce rapport.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1171 rectifié est retiré.

Article 23

M. le président. – [Amendement n°319](#) de M. Durox et *alii*.

M. Christopher Szczurek. – Le Premier ministre a dit qu'il ne voulait pas que l'effort pèse sur les classes moyennes ou populaires. Cet article, qui reporte l'indexation des pensions de retraite, le dément ! C'est une rupture du contrat de confiance entre l'État et les retraités, car l'indexation préservait leur pouvoir d'achat. C'est aussi une injustice criante et un impôt déguisé sur les retraités.

L'amendement identique n°605 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°667](#) de Mme Lubin et du groupe SER.

Mme Monique Lubin. – Nous demandons la suppression du décalage de l'indexation sur l'inflation des pensions de retraite du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2025.

Les Français n'ont toujours pas digéré la douloureuse réforme des retraites. On nous dit qu'on a augmenté les plus petites retraites, mais si on reporte l'indexation, on prend du retard !

Je regrette que ce débat ait lieu si tard dans la nuit.

M. le président. – [Amendement identique n°830](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet article va faire baisser le pouvoir d'achat des retraités, avec une perte moyenne de 300 euros par an, soit une baisse de 1 % de leur niveau de vie – chiffres confirmés par Gilbert Cette, président du Conseil d'orientation des retraites (COR).

En outre, le différentiel de taux de revalorisation va pénaliser durablement le revenu des retraités : le coût n'est pas limité à 2025.

Alors que le Gouvernement avait justifié la réforme des retraites par le maintien des pensions, voilà que les retraités payent ses choix budgétaires ! Cette mesure affectera tout particulièrement les deux millions de seniors vivant sous le seuil de pauvreté.

On peut trouver des économies autrement !

M. le président. – [Amendement identique n°1010](#) de Mme Apourceau-Poly et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous voulons supprimer l'article 23. Les Français n'ont toujours pas avalé la pilule de la réforme des retraites, si injuste pour le monde ouvrier.

Les pensions de retraite, qui auraient dû être revalorisées à 2,3 % au 1^{er} janvier, ne le seront qu'à 1,8 % au 1^{er} juillet, pour une économie de 3,6 milliards d'euros en 2025.

Après vous être attaqué aux salariés avec la deuxième journée de solidarité, voilà que vous ponctionnez les retraités ! On les retrouve dans les associations caritatives, car ils ne peuvent plus vivre dignement de leur retraite, après toute une vie de labeur.

Vous faites payer aux retraités vos déficits. Vous avez refusé toutes les recettes que nous vous avons proposées, pour prendre toujours dans la poche des mêmes !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Avis défavorable à ces amendements de suppression. Nous souhaitons conserver et amender l'article 23.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. – Le Gouvernement est à l'écoute des parlementaires, pour protéger le niveau de vie des retraités les plus modestes. Demande de retrait au profit de l'amendement de la rapporteure. (*Mme Émilienne Poumirol s'exclame*)

Mme Monique Lubin. – Madame la ministre, vous nous dites que vous avez trouvé un arrangement pour améliorer le pouvoir d'achat des retraités ? Mais c'est la plaisanterie de minuit vingt !

Mme Raymonde Poncet Monge. – Vous dites que vous écoutez les parlementaires ? Mais vous avez agi avec un des plus petits groupes de l'Assemblée nationale.

Je crains que les économies que vous allez réaliser ne dépassent au final les 4 milliards d'euros...

Vous modulez la baisse de pouvoir d'achat des retraités. Nous ne demandons pas qu'il augmente, mais qu'il ne baisse pas.

À la demande du groupe Les Républicains, les amendements identiques n°s319, 667, 830 et 1010 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°73 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	332
Pour l'adoption.....	122
Contre.....	210

Les amendements identiques n°s319, 667, 830 et 1010 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°1260 rectifié](#) de M. Grosvalet et *alii*.

M. Michel Masset. – Il s'appelle Hervé, il a galéré toute sa vie. Il est français, il a cotisé. Un beau jour, il part à la retraite. Il vivote, tant bien que mal avec sa petite pension. Il claque un peu des dents quand les prix de l'énergie augmentent, mange un peu moins par temps d'inflation. Pourtant, sa pension est revalorisée à hauteur de l'inflation. Sans pouvoir économiser, il maintient le cap. Arrive 2025 et Hervé se retrouve dans le collimateur de l'austérité budgétaire.

Cet exemple, qui n'a rien de fictif, met en lumière l'injustice du décalage de la revalorisation des pensions de retraite, qui pèse sur les plus fragiles. C'est inacceptable.

Nous proposons que les pensions de retraite inférieures à 2 000 euros soient revalorisées à partir de janvier 2025. Les autres retraites seraient gelées jusqu'en juillet. Ainsi, nous faisons des économies, tout en préservant les retraités les plus modestes.

M. le président. – [Amendement n°194 rectifié](#) de Mme Gruny, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – La situation très dégradée de nos finances publiques nous contraint à un effort ponctuel, partagé par l'ensemble de nos concitoyens. Mais tout le monde doit contribuer à hauteur de ses moyens. Je souhaite que les personnes qui touchent des pensions de retraite dont le montant est inférieur au Smic, soit 1 490 euros nets, restent protégées de l'inflation.

Cet amendement modifie la mesure d'économie de l'article 23 en assurant une revalorisation de toutes les pensions de base, dès le 1^{er} janvier 2025, au niveau de la moitié de l'inflation.

Les pensions de base des retraités dont le montant total de la pension n'excède pas le Smic seront ensuite revalorisées une seconde fois à hauteur de l'inflation en juillet 2025, pour rattraper le manque à gagner entre janvier et juillet.

Cet amendement amoindrit le rendement attendu grâce à l'article 23 d'environ 500 millions. Cette solution me semble la plus équitable.

Avis défavorable aux trois autres amendements n^{os}1260 rectifié, 635 rectifié *quater* et 228 rectifié *ter*.

L'amendement n°635 rectifié quater n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°228 rectifié *ter*](#) de M. Louault et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Cet amendement avait été déposé par François Gernigon à l'Assemblée nationale.

Il revalorise exceptionnellement, pour l'année 2025, uniquement les pensions de retraite dont le montant est inférieur à 2 100 euros bruts et concentre ces revalorisations sur les petites et moyennes retraites.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. – Avis défavorable aux amendements n^{os}1260 rectifié et 228 rectifié *ter*. Nous sommes favorables à l'amendement de la commission n°194 rectifié.

Mme Monique Lubin. – Permettez-nous d'être un peu surpris par la façon dont cette annonce a été faite, par quelqu'un qui n'est pas membre du Gouvernement et dont la force politique n'a pas connu un très grand succès en juillet...

Présenter comme une avancée cette solution, qui consiste à indexer les retraites sur la moitié de l'inflation et à prévoir un rattrapage en juillet pour les plus modestes, c'est une arnaque !

C'est sur cette base que seront calculées les revalorisations des années suivantes, soit une perte sèche et définitive pour tous les retraités, particulièrement pour les plus modestes.

Les messages envoyés par les électeurs en juillet sont très forts. Ce n'est certainement pas ce genre de solution qu'ils attendent !

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il est cavalier, madame la rapporteure, d'avoir donné votre avis avant

la présentation de l'amendement. Peut-être que j'allais vous convaincre... (*Sourires*)

Est-ce que la moitié de l'inflation retenue correspondra à 50 % de l'inflation de janvier 2025 ou de juillet 2025 ? Ce n'est pas pareil ! En janvier 2026, quand les retraites seront de nouveau indexées sur l'inflation, quelle sera la référence ?

Vous allez sans doute récupérer ces 500 millions d'euros, grâce à ces réévaluations sous-indexées, qui actent une perte cumulée et définitive pour les retraités.

Mme Frédérique Puissat. – On peut ne pas être d'accord sur le fond et la forme, mais il n'est pas très respectueux de parler ainsi d'un groupe de l'Assemblée nationale. Tous les parlementaires sont élus par le peuple et méritent respect. (*Marques d'ironie à gauche*)

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°1260 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°74 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	223
Pour l'adoption..... 13	
Contre.....210	

L'amendement n°1260 rectifié n'est pas adopté.

À la demande du groupe Les Républicains, l'amendement n°194 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°75 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	331
Pour l'adoption.....231	
Contre100	

L'amendement n°194 rectifié est adopté et l'article est ainsi rédigé.

*Les amendements n^{os}228 rectifié *ter*, 417 rectifié, 587 rectifié, 410 rectifié, 1045 rectifié, 1288 rectifié, 1009, 106, 110 rectifié, 438 rectifié, 1008, 1033 rectifié *ter* et 839 n'ont plus d'objet.*

Prochaine séance aujourd'hui, samedi 23 novembre 2024, à 9 h 45.

La séance est levée à minuit quarante-cinq.

Pour le Directeur des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Ordre du jour du samedi 23 novembre 2024

Séance publique

À 9 h 30, 14 h 30 et le soir

Présidence :

M. Dominique Théophile, vice-président,
M. Pierre Ouzoulias, vice-président,
M. Didier Mandelli, vice-président

Secrétaires :

Mme Sonia de La Provôté,
M. Mickaël Vallet

- Suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, pour 2025 (*n°129, 2024-2025*)